UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE – UFCSPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
FARMACOLOGIA E TOXICOLOGIA

Cassandra Borges Bortolon

Mudanças de Comportamentos Codependentes dos Familiares de Usuários de Drogas após Teleintervenção Motivacional

Porto Alegre
2015

Cassandra Borges Bortolon

Mudanças de Comportamentos Codependentes dos Familiares de Usuários de Drogas após Teleintervenção Motivacional

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

Orientadora: Dra. Helena MT Barros
Coorientadora: Dra. Maristela Ferigolo

Porto Alegre
2015

Catalogação na Publicação

Bortolon, Cassandra Borges
Mudanças de Comportamentos Codependentes dos Familiares de Usuários de Drogas após Teleintervenção Motivacional / Cassandra Borges Bortolon. -- 2015.
126 p. : il., tab. ; 30 cm.

Tese (doutorado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2015.

Orientador(a): Profa. Dra. Helena Maria Tannhauser Barros ; coorientador(a): Dra. Maristela Ferigolo.

1. Relações Familiares. 2. Codependência. 3. Permissividade. 4. Entrevista Motivacional. 5. Telemedicina. I. Título.

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

Aos familiares de usuários de drogas, nos quais me dediquei por quase uma década na construção e na avaliação da efetividade do Modelo de Teleintervenção e Acompanhamento a Familiares de Usuários de Drogas para Mudanças de Comportamentos Codependentes e Permissivos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, aos meus familiares, amigos e mestres que foram e são essenciais para meu desenvolvimento e formação. Com eles, o maior presente que possuo é a experiência de me sentir especial.

No fim, é sempre assim. Tudo que for bom, verdadeiro, tudo o que realmente nos fizer bem, permanece.
(BERNARDI, Tati)

RESUMO

As famílias envolvidas com Transtornos relacionados a substâncias e adição apresentam *déficits* na saúde física e emocional, nas relações pessoais, com o ambiente e em relação à qualidade de vida, que geram tensão e sofrimento. Desta forma, os familiares podem desenvolver estratégias mal adaptativas para manejar a sua relação com os usuários de substâncias, denominado como codependência. Nesse trabalho, objetivou-se desenvolver e avaliar a efetividade de um modelo de intervenção para familiares visando às mudanças de comportamentos codependentes e permissivos, em um serviço de teleatendimento. Esta tese permitiu a produção de três artigos: 1) *Motivational tele-intervention protocol for changing codependent and permissive behaviors in family members of drug users: A randomized clinical trial*. Devido à importância da participação da família no processo de dependência química, além da possibilidade dos familiares adoecerem diante desse problema, foi desenvolvido o Modelo de Teleintervenção para Acompanhamento para Familiares de Usuários de Drogas (MTAFUD), alicerçado no método da Entrevista Motivacional e no modelo dos Estágios de Mudança. O principal objetivo deste estudo foi desenvolver e explicitar os procedimentos desse modelo que engloba cada contato com o familiar no intuito de estimular o seu processo de mudança. 2) *Six months outcomes of a randomized, motivational tele-intervention for change in codependent behavior of family members of drug users*. Foi realizado um ensaio clínico randomizado em um serviço de teleatendimento para verificar a diminuição da codependência, após intervenção por 6 meses de acompanhamento. O principal resultado foi que os familiares com alta codependência alocados para o grupo intervenção (n=163) apresentaram maior chance de modificar os comportamentos codependentes quando comparados ao grupo controle (n=162). O MTAFUD mostrou-se efetivo para a diminuição da codependência entre os familiares de usuários de drogas que se mantiveram recebendo a intervenção por 6 meses. 3) Comportamentos permissivos em familiares de usuários de drogas após acompanhamento por 6 meses. Foi conduzido um estudo longitudinal que acompanhou familiares de usuários de drogas por telefone durante 6 meses para verificar as mudanças de comportamentos permissivos. Verificou-se que os familiares mudaram os seus comportamentos permissivos para com os usuários de substâncias ao longo dos 6 meses

acompanhamento. A maioria dos comportamentos investigados diminuiu a intensidade tanto pelo método do Tratamento Usual (grupo controle) como MTAFUD (grupo intervenção). Sabe-se das implicações dos Transtornos Relacionados a Substâncias na família e, por sua vez, da necessidade de um tratamento específico para os familiares que desenvolvem a codependência, pois o cuidado e o acompanhamento dos familiares por parte dos profissionais pode auxiliar para o tratamento da dependência química como um todo. Desta forma, esta tese permitiu o desenvolvimento do Modelo de Teleintervenção e Acompanhamento para Familiares de Usuários de Drogas e avaliou esse método na promoção de mudanças de comportamentos codependentes e permissivos.

Palavras-chaves: Relações Familiares. Codependência. Permissividade. Entrevista Motivacional. Telemedicina.

ABSTRACT

Families involved with Substance Use Addictive Disorders present deficits in physical and emotional health, personal relationships, with the environment and the quality of life that generate tension and suffering. In this way the family can develop maladaptive strategies to manage their relationship with substance users substances, known as codependency. In this study the aim was to develop and evaluate the effectiveness of Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users - TMMFDU to changing codependency and permissive behavior, in a telemedicine service.

This thesis enabled the production of three articles: 1) Motivational tele- intervention protocol for changing codependent and permissive behaviors in family members of drug users: A randomized clinical trial. Due to the importance of family involvement in the addiction process and the possibility of family members fall ill this problem, the Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users, based on Motivational Interviewing method and Change of Stages. The aim of this study was to develop and explain the procedures of this model, that has in, every contact with the family specific objectives to encourage family in their change process. 2) Six months outcomes of a randomized, tele- motivational intervention for change in codependent behavior of family members of drug users. A randomized clinical trial in telemedicine service was performed in order to evaluate the decline in codependency behavior, after 6 months of follow-up. The main result was that family members with high codependency allocated to the intervention group - TMMFDU (n = 163) were more likely to modify the codependent behaviors when compared to the control group - UT (n=162). The TMMFDU was effective for the reduction of codependency among family members of drug users who kept in touch with intervention by six months.

3) Permissive behaviors in family members of drug users after six months follow-up. A longitudinal study family members of drug users during six months to check the changes of permissive behavior was conducted. It was found that the family members changed their permissive behavior with substance abusers over the 6 months follow-up. Most behavior investigated decreased intensity Usual Treatment (control group) method as TMMFDU (intervention group). It is known the implications of Substance Use and Addictive Disorders in the family and, in turn, the need for a specific treatment for family members who develop codependency. The care and

monitoring of these families by professionals could help to treat addiction as a whole. Thus, this thesis has allowed the development of Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users and the evaluation of this method to promote changes of codependency and permissive behaviors.

Key words: Family Relations. Codependency. Permissiveness. Motivational Interviewing. Telemedicine.

LISTA DE FIGURAS

Introdução

Artigo 1- Motivational tele-intervention protocol for changing codependent and permissive behaviors in family members of drug users: a randomized clinical trial

Artigo 2- Six months outcomes of a randomized, motivational tele-intervention for change in codependent behavior of family members of drug users

LISTA DE QUADROS

Artigo 1- Motivational tele-intervention protocol for changing codependent and permissive behaviors in family members of drug users: a randomized clinical trial

Artigo 2- Six months outcomes of a randomized, motivational tele-intervention for change in codependent behavior of family members of drug users

LISTA DE TABELAS

Artigo 2- Six months outcomes of a randomized, motivational tele-intervention for change in codependent behavior of family members of drug users

Artigo 3 - Comportamentos permissivos em familiares de usuários de drogas após acompanhamento por 6 meses

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Famílias que convivem com Transtornos Relacionados a Substâncias e Adição

O estudo da importância da família para a compreensão dos conflitos e do sofrimento das pessoas originou-se com o surgimento da psicologia que enfoca as relações familiares. A partir da década de sessenta, a família foi inserida definitivamente na prática clínica, com o início dos modelos sistêmicos da Terapia Familiar (COSTA, 2010). Esta abordagem destaca como pressuposto central que a família é um sistema vivo e aberto, em constante transformação (BLOCK; RAMBO, 1995, 1998). Sabe-se que as mudanças na família ocorrem de acordo com as transformações da sociedade na qual está inserida (BOARINI, 2003). Por isso, é comum a diversidade de composições familiares, passível de vários tipos de arranjos. Todavia, apesar das transformações nas configurações familiares, o seu papel de destaque permanece inalterado. A família é a base do desenvolvimento das pessoas e a matriz de modelos e referências, ou seja, é o alicerce que oportuniza sustentação aos seus integrantes. Ainda, é a fonte primária de socialização e formação de vínculos (BOWLBY, 1998).

Desta forma, a família tem um papel chave para o tratamento de todos os problemas de saúde, inclusive para os Transtornos Relacionados a Substâncias e Adição - TRSA (SUBSTANCE ABUSE & MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2005). O abuso de drogas é um fenômeno complexo, que pode ser entendido, em parte, pela análise do contexto sociocultural e familiar (SCHENKER; MINAYO, 2004). Todavia, não se pode compreender os conflitos relacionados ao consumo de drogas enquanto originários e de influência apenas da família. Há a necessidade da compreensão das demais inter-relações associadas ao uso de drogas (OSÓRIO; DO VALLE, 2009). Por sua vez, problemas desta natureza, muitas vezes, provocam a família a buscar tratamento (SUBSTANCE ABUSE & MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2005). Desta forma, é importante compreender o consumo de substâncias, para além da queixa da família, que é frequentemente voltada para o familiar usuário, e/ou da queixa individual do usuário (COSTA, 2010). Com isso, os profissionais que tratam pessoas com TRSA e seus familiares precisam considerar e identificar, na dinâmica familiar, a ocorrência ou não de outras desordens e problemas como uso de medicação, transtornos mentais,

consumo de drogas por parte de outros membros e violência intrafamiliar (BORTOLON et al, 2015; SUBSTANCE ABUSE & MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2005).

Sabe-se que os integrantes de uma família envolvidos com um familiar com TRSA apresentam maior risco para outros problemas, como estresse e tensão emocional e física (ORFORD et al, 2010) quando comparados aqueles cujas famílias não passaram por esta dificuldade. Além disso, foi identificado o envolvimento emocional negativo e características do funcionamento familiar de disfuncionalidade e fusão/emaranhamento (KAUFMAN; KAUFMAN, 1979, 1985). Estudo brasileiro verificou, como características do funcionamento familiar, a sobrecarga de tarefas e emocional, auto negligência e uso de medicação associado à alta codependência em familiares que buscaram ajuda em um serviço de teleatendimento (BORTOLON et al, 2015). A codependência é compreendida, como estratégias mal - adaptativas relacionadas a atitudes de não se priorizar e foco excessivo no usuário de substâncias que pode levar a prejuízos de saúde e emocional (DEAR; ROBERTS, 2000). Ainda, nesse grupo de famílias foram encontradas dificuldades na comunicação, no estilo interacional e controle do comportamento e para a resolução de problemas (PREST; BERSON; PROTINSKY, 1998; STEINGLASS, 2009). Filhos de alcoolistas apresentaram maior risco de problemas com álcool e outras drogas, controle das emoções e sofrimento. Também foram observados prejuízos no desempenho acadêmico e na comunicação (SHER et al, 1991). Já filhos adultos utilizavam estratégias de enfrentamento depressivas e agressivas para lidar com o consumo de álcool dos pais (JARMAS; KASAK, 1992). Vale ressaltar que os estudos têm demonstrado, ao longo do tempo, que os familiares de usuários de drogas podem apresentar dificuldades para equilibrar a sua própria vida e saúde e, ao mesmo tempo, ajudar o seu familiar (ORFORD et al, 2010). Os TRSA são caracterizados por tolerância e compulsão ao uso da(s) droga(s), sintomas de abstinência, gasto de tempo em função da substância, abandono de atividades prazerosas e rotineiras, perda do controle em relação ao uso, e presença de problemas pessoais, ocupacionais, econômicos e de saúde decorrentes do seu consumo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Além disso, esses comprometimentos elevam o risco para a coocorrência de transtornos psiquiátricos (BARROWCLOUGH et al, 2001).

Em relação aos prejuízos para o sistema familiar, verifica-se que cada substância pode interferir de forma distinta na família. A dependência ao álcool pode desencadear comprometimento em nível conjugal e parental, como a ocorrência de violência doméstica (SUBSTANCE ABUSE & MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2005). O consumo de cocaína e ou *crack* provoca irritação, agressividade, impaciência e desconfiança, o que interfere na qualidade da interação e leva à perda dos vínculos familiares (SELEGHIM et al, 2011; DACKIS; O`BRIEN, 2001). Já a utilização da maconha pode desencadear a crise amotivacional, o que influencia na participação e integração do usuário no dia-a-dia da família e na sua relação com o trabalho (MINAYO; SHENKER, 2004).

Determinadas etapas podem ocorrer nas famílias que convivem com TRSA e o efeito que os familiares sofrem desse problema corresponde às dificuldades vivenciadas por parte do familiar usuário de drogas. Assim, a família pode passar por quatro estágios como possíveis padrões de respostas frente ao consumo de substâncias (PAYÁ; FIGLIE, 2010). N*egação*: mecanismo de defesa, usado em período de tensão e desentendimento, em que as pessoas deixam de falar sobre o que realmente pensam e sentem a respeito do problema. Em um segundo momento, a família demonstra *preocupação acentuada* e tenta controlar o uso de drogas, bem como as suas consequências físicas, emocionais, ocupacionais e sociais. Nesta fase, é comum não falar do assunto e manter a ilusão de que o consumo de substâncias não está causando problemas na família. Na sequência, a *desorganização* da família comumente ocorre: os familiares podem ocupar papéis rígidos, previsíveis e servir como facilitadores do consumo de drogas. Desta forma, as famílias na tentativa de resolver os problemas, que comumente são graves, podem assumir a responsabilidade por atitudes originalmente do usuário que, consequentemente, perde a oportunidade de perceber as consequências dos seus comportamentos (BORTOLON et al, 2010). Com isto, é comum a ocorrência da inversão de papéis e funções. Finalmente, a família muitas vezes vivencia o processo de *exaustão emocional*, que pode desencadear o adoecimento tanto em nível emocional quanto de comportamento e de saúde.

Sentimentos como raiva, ressentimento, impotência, revolta, culpa, vergonha, desesperança em relação às promessas não cumpridas pelo familiar com TRSA de parar de usar substâncias e a visão negativa do futuro geralmente estão presentes nessas famílias. Também podem ser dificuldades enfrentadas:

financeiras, desentendimentos familiares, ausência de barreiras entre as gerações, inversão de papéis, mitos familiares acentuados, lealdade secreta diante da desordem e da conduta inadequada e comunicação ambivalente. (STEINGLASS, 2009; BORTOLON et al, 2010; PAYÁ; FIGLIE, 2010).

Diante dessa dinâmica, é comum os familiares solicitarem auxílio para tentar resolver os problemas decorrentes do TRSA, especialmente se o usuário de drogas não consegue mudar o seu comportamento de consumo, apesar dos prejuízos. Este momento é uma possibilidade importante de acesso, mesmo que indiretamente, ao usuário, além do contato direto com o familiar que, não raramente, está em sofrimento (MILLER; MEYERS; TONIGAN, 1999; BORTOLON et al, 2010). Sabe-se que intervenções no sistema familiar podem favorecer mudanças familiares e individuais (usuário) (COSTA, 2010). Por isso, a inclusão da família no tratamento de usuários de drogas tem sido cada vez mais indicada (DENNING, 2010).

Três modelos teóricos para o tratamento da família com TRSA serão apresentados de acordo com as autoras PAYÁ e FIGLIE, 2010: doença familiar, sistêmico e comportamental.

O modelo da *doença familiar* considera o uso problemático de drogas como uma doença que atinge não apenas a pessoa com TRSA, mas também a família como um todo. Esta compreensão originou-se nos grupos de autoajuda dos Alcoólicos Anônimos (AA) na década de quarenta, pois foi identificado que a dependência de álcool do marido influenciava o surgimento de determinados sintomas nas suas esposas e/ou companheiras. Este fenômeno inicialmente fundamentou o modelo sobre codependência (DEAR; ROBERTS, 2005). Com isso, também foi proposta a participação dos familiares nos grupos de autoajuda, como Al-Anon (Familiares de Alcoólicos Anônimos), Nar-Anon (Familiares de Narcóticos Anônimos) e Amor Exigente. O objetivo desses grupos é proporcionar aos familiares o conhecimento sobre os efeitos do consumo de substâncias, além de resgatar o impacto desse problema na família. A participação dos familiares nesses encontros é amplamente utilizada em programas de tratamento. Contudo, estudos de eficácia desse modelo de tratamento ainda são insuficientes (MINAYO; SHENKER, 2003, 2004).

Outro modelo destacado foi o *sistêmico*, que compreende a família sob a ótica da Teoria Geral de Sistemas, desenvolvida pelo biólogo Ludwig Von Bentalanffy entre a década de 1950-70. Esse modelo entende a família como um

conjunto de elementos interindependentes e interagentes, ou um grupo de unidades combinadas, que formam um todo organizado. Portanto, se deve compreender os sistemas de forma global e envolver todas as interligações de suas partes (WECKOWICZ, 1989). Desta forma, a família pode manter a *homeostase* entre o consumo de substâncias e o funcionamento familiar. A partir dessa perspectiva, o membro da família com TRSA exerce uma funcionalidade dentro do ambiente familiar e a modificação dessa função ocasionam uma desorganização nas relações e no desempenho dos demais papéis familiares (OSÓRIO; DO VALLE, 2009).

O terceiro modelo, *comportamental*, orienta-se a partir da teoria da aprendizagem, que atribuí ênfase ao condicionamento operante, isto é, comportamentos voluntários, que podem ser modificados pela alteração da contingência do reforço (CARROLL; ONKEN, 2005). Entende-se que as interações familiares podem ser um dos fatores de influência para o consumo de substâncias (SELEGHIM et al, 2011), além dos aspectos neurobiológicos relacionados à dependência química (DINIZ; COUTO-PEREIRA, 2013). Por isso, é importante orientar a mudança de comportamento também dos familiares, com a utilização de técnicas como de contrato e manejo da contingência, ao associar reforços para os comportamentos saudáveis (CABALLO, 2002).

Dentre as possíveis mudanças comportamentais, a codependência é um fator da dinâmica familiar que pode ser alvo de intervenção visto que pode desencadear prejuízos na qualidade de vida dos familiares (MOREIRA; FIGUEIRÓ;FERNANDES;JUSTO;DIAS,BARROS;FERIGOLO, 2013).

1.2 Codependência

É importante discorrer sobre os diferentes conceitos e o processo histórico de construção do constructo da codependência, pois permitirá o entendimento da codependência como um todo e a necessidade da ampliação de estudos nesta área.

1.2.1 Conceito

O conceito da codependência rapidamente se popularizou, tanto para os profissionais como para o público leigo, na década de sessenta. Inicialmente, a

literatura se referia às esposas (BEATTIE, 1988; SUBBY, 1987), em seguida aos filhos adultos (CERMAK, 1986; MELODY; MILLER; MILLER, 1989) e, mais adiante, a qualquer membro da família que poderia se tornar codependente (WEGSCHEIDER-CRUSE, 1985; DEAR; ROBERT, 2002).

A codependência tem sido objeto de estudo tanto das abordagens médicas quanto psicológicas, sociológicas e sistêmicas (CROTHERS; WARREN, 1996; HARKNESS; COTRELL, 1997). O constructo da codependência já foi descrito de diferentes formas ao longo do tempo, dentre elas: como doença psicológica individual em esposas (CERMAK, 1986a), como um problema que surge em filhos de dependentes de álcool (WEGSCHEIDER-CRUSE, 1981) ou como um problema interacional (NORIEGA et al, 2008). Neste estudo, a codependência foi abordada como um problema interacional (de relacionamento) que se refere a roteiros (*scripts*) vivenciados na infância e reforçados na família, utilizados em determinadas situações, como uma alternativa de resolução de problemas (NORIEGA et al, 2008). Além de uma síndrome de crenças e estratégias mal adaptativas que pode ser manifestada em qualquer familiar de usuário de substâncias (DEAR e ROBERTS, 2000).

Entre outras definições, a codependência como transtorno de personalidade foi descrita como relacionamento abusivo com um alcoolista em função de um mecanismo inconsciente masoquista em mulheres. Essa conceitualização foi amplamente criticada, por não existir pesquisas que apoiavam esta definição (CHIAUZZI; LILJEGREN, 1993). Ademais, a codependência como doença foi descrita de forma similar ao TRSA (CAPELL-SOWDER, 1984), uma vez que os familiares tendem a tolerar os comportamentos inadequados e a perder o controle sobre as suas emoções diante dos usuários. Esta compreensão postulou a necessidade da coexistência com uma pessoa com TRSA para o surgimento da codependência. Depois disso, a codependência foi entendida separadamente da convivência com uma pessoa com TRSA, assim constituindo-se como diagnóstico, tratável, crônico e progressivo (WHITFIELD, 1984). Entretanto, o modelo de doença não se sustentou, como também a relação de causalidade, progressão e a tendência à medicalização da codependência (RIESSMAN, 1983).

A teoria sistêmica familiar (BOWEN, 1978) preconizou que a disfunção na família de origem resulta em dificuldade de diferenciação nas crianças. Esta dificuldade de diferenciação do *self* e do contexto familiar da família de origem pode

desencadear problemas de relacionamento no futuro, representadas por dificuldade de identificar e equilibrar os sentimentos, que pode repercutir no relacionamento conjugal. O padrão comportamental, emocional e de interação com a família contribui para o desenvolvimento da codependência. Desta forma, um modelo de comportamento codependente é mantido nos relacionamentos atuais. Segundo Bowen (1978), este entendimento foi consistente com a compreensão da codepedência da década de oitenta (CEMARK, 1986; FRIEL; FRIEL, 1986). Para Daire, Jacobson e Carlson (2012), seguidores na modernidade do modelo de Bowen, os comportamentos codependentes foram denominados como uma forma de dependência não saudável com os outros para satisfazer necessidades emocionais, caracterizados por excesso de confiança entre as pessoas, que pode desencadear relações interpessoais disfuncionais.

Ainda, Dear e Robert (2000) definiram três características da codependência: *foco no outro*, considerada como a tendência do familiar necessitar das outras pessoas para obter aprovação e sentido de identidade a partir do foco de atenção em comportamentos, opiniões e expectativas de outras pessoas. Assim, fixa o seu próprio comportamento em relação àquelas expectativas e opiniões para a obtenção de aprovação e estima; *autossacrifício*, é caracterizado pelo familiar considerar a necessidade dos outros, especialmente do membro da família com TRSA como a mais importante, o que propicia a autonegligência; e *reatividade* que se refere à crença relacionada à capacidade de controlar as atitudes do usuário e, ao mesmo tempo, ao grau que os seus próprios sentimentos e comportamentos são controlados pela conduta problemática do familiar com TRSA. Isto ocorre devido à limitada consciência do familiar do efeito das suas atitudes em relação ao outro (DEAR; ROBERT, 2005).

Assim percebe-se que os familiares codependentes podem apresentar atitudes contraproducentes para o enfrentamento das demandas geradas pela convivência com o familiar com TRSA e em relação ao seu meio ambiente, o que repercute na sua qualidade de vida (MOREIRA et al, 2015). No entanto, os familiares codependentes, com frequência, não percebem que podem facilitar o agravamento do problema. Desta forma, essas atitudes se convertem em um fator-chave para o tratamento da dependência química, o que indica a necessidade de intervenção não somente para o integrante com TRSA, mas também para os demais

familiares (GÓMES; DELGADO, 2003; ROTUNDA; WEST; O'FARRELL, 2004; DENNING, 2010).

1.2.2 Histórico

Antigamente, o tratamento dos TRSA recebeu pouca atenção, incluindo deficiência de esforços governamentais e preocupação dos profissionais. Após os anos sessenta, este cenário se modificou no campo de novos tratamentos e procedimentos clínicos. Além disso, a relação entre dependência química e família obteve destaque. Em função disso, foram criados os grupos de autoajuda para auxiliar os integrantes da família que conviviam diretamente com usuários de substâncias (MILLER, 1994).

Assim, o termo codependência inicialmente foi utilizado para descrever o comportamento das esposas de dependentes de álcool, que foram identificadas como parte do problema (MILLER, 1994). Era comum a crítica a respeito da percepção de que as esposas eram vítimas das circunstâncias, ao contrário, elas foram apontadas como participantes dos problemas de consumo de álcool dos maridos, além de ser atribuídas características de personalidade específicas para essas mulheres (WHALEN, 1953) descritas como um Transtorno de Personalidade no Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais - DSM III-R (UHLE, 1994).

Pesquisas da década de sessenta identificaram em esposas que participaram do grupo Al-Anon escores maiores de desajuste na avaliação da personalidade (KOGAN; FORDYCE; JACKSON, 1962; CORDER; HENDRICKS; CORDER, 1964). Entretanto, outros pesquisadores que revisaram um grande número de estudos com o mesmo objetivo verificaram que, apesar das esposas de dependentes de álcool apresentarem maiores problemas emocionais quando comparadas ao grupo controle, o padrão e a intensidade foram consideravelmente variáveis (GIERYMSKI; WILLIAMS, 1986). Todavia, Harper e Capdevilla (1990) sustentaram a ideia que as esposas apresentam dificuldades de aceitação quanto à doença delas, frequentemente, devido à vergonha e negação. Os autores ressaltaram que é comum a dificuldade das esposas aderirem a um programa de tratamento e receberem ajuda.

Ainda, de acordo com Harper e Capdevilla (1990), a forma de abordar o problema considerando as esposas de alcoolistas, com desajuste emocional é

abrangente e dificulta a avaliação, além de estimular a culpa e o estigma. Também Gierymsky e Williams (1996) criticaram o modelo da codependência, porque enfatiza os sintomas individuais e ignora a interação de um ambiente social complexo. Krestan e Bepko (1991) refletem a respeito do papel cultural das mulheres que, pode ser exacerbado pela convivência com um homem que apresenta problemas com o consumo do álcool. Os autores questionam se, quando as mulheres focam no relacionamento e colocam as suas necessidades e seus sentimentos em detrimento do outro, essas são razões para serem denominadas como codependentes.

Após este período cresceram os estudos que utilizavam a Terapia Comportamental para avaliar a terapia de casal comparada a outras terapias (O'FARREL; CUTTER; FLOYD, 1985; MC'CRADY et al, 1986). A abordagem comportamental preconizava que a interação dos problemas de álcool e a família eram interdependentes, sendo assim, o foco do tratamento era na interação entre os casais, objetivando-se a mudança em conjunto do padrão do funcionamento. Enquanto isso, os programas de tratamento para codependência centravam-se em avaliar a codependência nas esposas (MILLER, 1994).

Após essa fase, na qual o foco eram as esposas, a literatura e os profissionais concentraram atenção nos adolescentes e adultos jovens. Depois disso, em pais. No entanto, os entendimentos teóricos e técnicos continuaram a abordar o que falhou e o que não deu certo no contexto familiar, que desencadeou o consumo de substâncias (MILLER, 1994).

Desta forma, evidenciou-se que o atributo da codependência foi iniciado a partir de impressões populares e pessoais, principalmente de depoimentos de esposas que conviviam com maridos com problemas relacionados ao consumo do álcool. O que, por sua vez, justificou as críticas dos pesquisadores ao modelo da codependência como doença (WHITFIELD, 1989; MILLER, 1994). Além disso, na década de sessenta, os achados das pesquisas com esta população eram limitados. No entanto, apesar do empirismo, esse modelo influenciou os profissionais e serviços de saúde dos Estados Unidos, da Austrália e do Reino Unido. Foram criados grupos de autoajuda, como os Codependentes Anônimos (CODA), como alternativa de auxilio para quem se identificava como codependente, e o grupo Al-Anon, de acordo com os 12 passos e tradições dos Alcoólicos Anônimos (AA) (UHLE, 1994).

Em função de a codependência ser inicialmente postulada e alicerçada em pressupostos leigos, se tornou difícil a generalização do seu conceito. Por sua vez, os clínicos e pesquisadores identificaram limitações e contradições teóricas. Sendo assim, enquanto esse entendimento não foi cuidadosamente definido, a sua validade foi questionada (MILLER, 1994). O crescimento do conceito da codependência veio acompanhado por conflitos de pontos de vista a respeito da natureza da relação do cônjuge com o alcoolista. Com o aumento das pesquisas fora do âmbito psicológico foram suscitados questionamentos a respeito de que a codependência foi utilizada como uma forma de modismo. Desta forma, os profissionais e a literatura relacionada aos TRSA e seus familiares assumem diferentes posicionamentos. Por exemplo, para os autores seguidores do Modelo de Enfrentamento do Estresse (*Stress-coping Model*) (ORFORD et al, 2010), o constructo da codependência enfatiza aspectos individuais do codependente e não reconhece o estresse relacionado com as respostas dos familiares frente à convivência com o usuário (Miller, 1994). Desta forma, identificou-se a necessidade de estudos robustos relacionados aos familiares de usuários de drogas (SAKIYAMA et al, 2015), para explorar as implicações da codependência na vida dos familiares (BORTOLON et al, 2013; BORTOLON et al, 2015).

1.3 Proposta de Modalidade de Tratamento para Codependência

1.3.1 Estágios de mudança

É consensual para os profissionais *experts* em dependência química que motivar o usuário de substâncias e a sua família a se vincularem ao tratamento de maneira efetiva é uma tarefa complexa e difícil (YANDOLI et al., 2002). Por sua vez, os processos de motivação e adesão se tornam um dos principais desafios para os profissionais. Desta forma, o nível de motivação da família deve ser levado em consideração durante uma intervenção.

O Modelo Transteórico dos Estágios de Mudança (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1992) inovou o tratamento dos TRSA, além de ampliar a percepção dos profissionais a respeito de como facilitar o processo de mudança de seus pacientes. Define-se a modalidade conceitual de como e por que as pessoas mudam e considera-se a motivação como um estado de prontidão para a mudança, que

pode flutuar, sob a influência de fatores externos. Esta flutuação determina os estágios de mudança. A partir dessa ótica, o profissional apresenta um papel fundamental para estimular e auxiliar o familiar a progredir dos estágios de mudança iniciais para os finais.

Os estágios de mudança foram descritos, primeiramente, como uma *porta giratória* e, posteriormente foi apresentado como um modelo em *espiral* (Figura 1). Esta forma de conceituação possibilitou uma compreensão mais fidedigna de como a maioria das pessoas se movimentam pelos estágios, inclusive com retrocessos, até chegar à resolução do problema. A partir dessa perspectiva, o indivíduo não caminha nos estágios de forma linear, como anteriormente se pensava (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1992).

Figura 1 - Modelo em espiral dos estágios de mudança.

Fonte: BORTOLON, 2008.

Os familiares encontram-se no estágio de mudança *pré-contemplação* quando não percebem fazer parte do problema do familiar com TRSA, por isso, não consideram a necessidade de mudança. Neste momento, focam o problema como sendo somente do usuário, sendo assim, quem deverá realizar a mudança é ele. É o

período que a família, geralmente, queixa-se intensamente do comportamento do usuário e utiliza medidas ineficazes, sem se dar conta, para manejar com esse problema. A família, nesse estágio, necessita receber informações a respeito do TRSA e *feedback*, que estimulem a psicoeducação e a tomada de consciência de que o uso de drogas por parte de um integrante da família é um problema que envolve toda a família (OSÓRIO; DO VALLE, 2009), como outras condições crônicas de saúde (MACLELLAN et al, 2000).

No estágio *contemplação*, o familiar começa a ponderar que também pode modificar o seu comportamento frente ao familiar com TRSA. Todavia, esse período é marcado pela ambivalência em considerar as razões para sua participação ou não no tratamento, modificação do comportamento e de acreditar que o usuário é o único responsável pelo problema. Nesse caso, ocorre um estado de acomodação. Por isso, o terapeuta deve estimular a balança decisional a favor da mudança de comportamento do familiar em relação ao usuário. Vale considerar que é fundamental utilizar a estratégia específica para cada estágio motivacional com o objetivo de acompanhar a resistência presente em todo o processo de mudança (BORTOLON et al, 2010).

Em determinados momentos, a família entrará em um processo de prontidão à mudança, o que é compreendido como uma janela para a oportunidade, sendo comum a família buscar orientações e ajuda (MILLER; ROLLNICK; BUTLLER, 2010). Este estágio é denominado como *determinação*, e é fundamental que o terapeuta auxilie e pense em conjunto com a família estratégias para a mudança adequadas ao contexto, às capacidades e às limitações do sistema familiar.

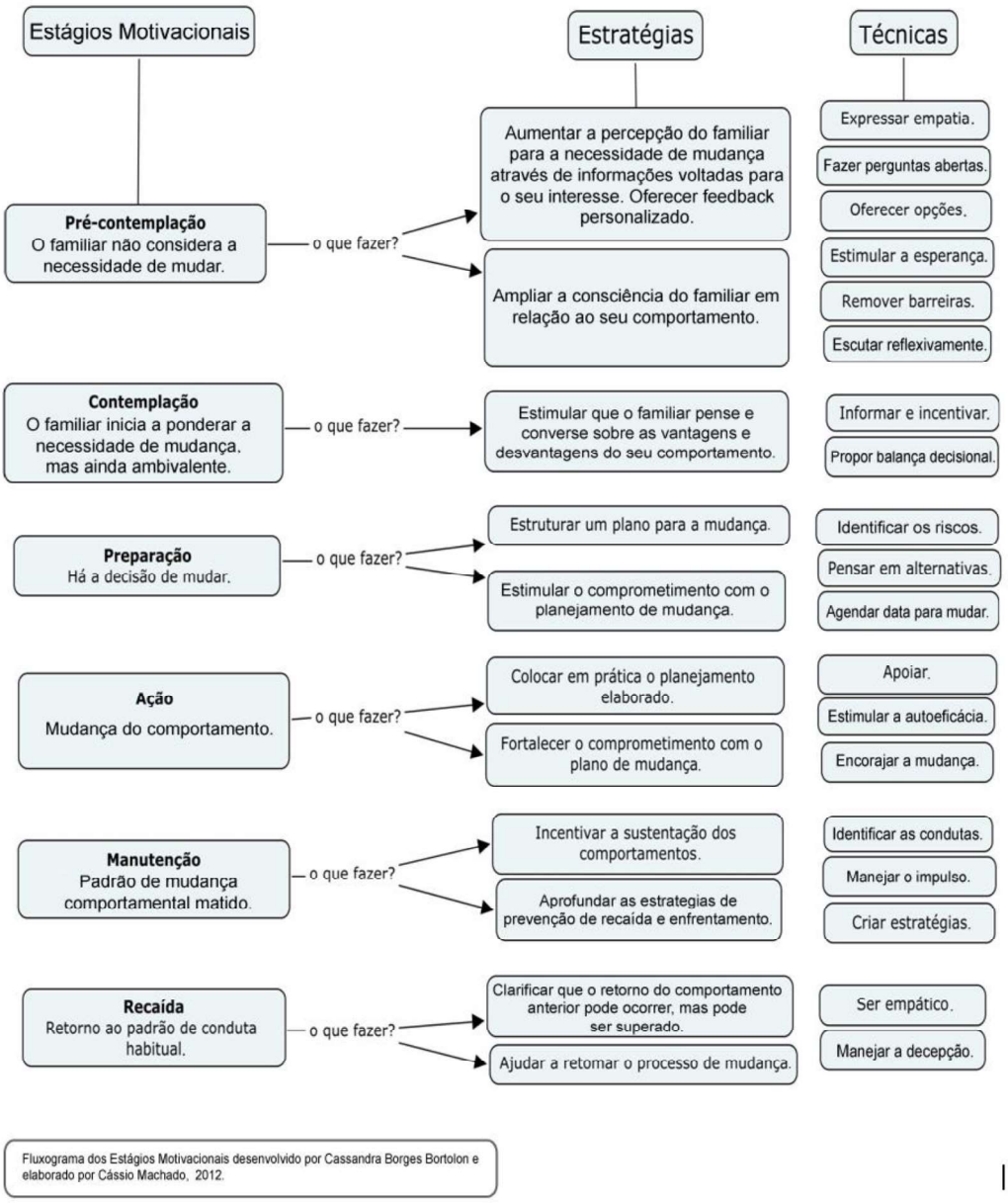
O estágio de mudança, *ação*, é o momento no qual a família envolve-se em ações direcionadas à mudança, que podem ser realizadas individualmente ou acompanhada por meio de orientações, psicoterapia e/ou serviços de teleatendimento (BORTOLON et al, 2013). No entanto, sabe-se que o processo de mudança de qualquer comportamento é passível, em qualquer período, de obstáculos, desistências e redefinições de estratégias. Desta forma, durante o estágio seguinte, *manutenção*, o foco é sustentar a mudança de comportamento adotado pelo familiar. Miller e Rollnick (2002) sugerem que a sustentação à mudança ocorre após seis meses.

Já a recaída pode conduzir a família ao retorno dos sintomas de codependência e outros comportamentos permissivos anteriores, como fazer tarefas

que são de responsabilidade e/ou assumir dívidas do usuário. Neste momento é necessário auxiliar os familiares a caminhar novamente pelos estágios de mudança, especialmente, para o estágio de preparação e ação (MILLER; ROLLNICK; BUTLER, 2010).

A avaliação do estágio motivacional orientará as estratégias e técnicas que devem ser usadas no tratamento (Figura 2).

Figura 2 – Estágios motivacionais.



Fonte: BORTOLON, 2012.

1.3.2 Entrevista motivacional

Como uma alternativa não confrontativa de auxiliar as pessoas a mudar seu comportamento, Miller e Rollnick (1984) desenvolveram a Entrevista Motivacional (EM) que está em consonância com os estágios motivacionais (PROCHASKA; DI CLEMENTE, 1982). Sabe-se que a confrontação é o método com menor efetividade para a mudança comportamental porque estimula a resistência (MILLER; ROLLNICK, 2002). A EM emprega abordagem breve colaborativa, que estimula as razões à mudança, além da responsabilidade e autonomia do familiar frente ao tratamento. Utiliza aconselhamento diretivo, centrado na pessoa para ajudar o familiar a explorar e resolver a ambivalência frente à mudança.

A EM, inicialmente, foi desenvolvida para pessoas com problemas com o consumo do álcool. Posteriormente, esse método foi ampliado para ajudar as pessoas na decisão da mudança comportamental como tabagismo, abuso de outras drogas, jogo patológico, transtornos alimentares e demais comportamentos compulsivos e agravos (ROLLNICK; MILLER, 1995; DUNN; DERO; RIVARA, 2001; MILLER; ROLLNICK; BUTLER, 2010). A entrevista motivacional aplicada em familiares de usuários de drogas ainda não foi avaliada, sendo necessária a investigação de sua efetividade. Em função disto, foi desenvolvido o Modelo de Teleintervenção e Acompanhamento para Familiares de Usuários de Drogas (MTAFUD), alicerçado na entrevista motivacional e nos estágios de mudança (BORTOLON, et al 2013).

Neste contexto, o objetivo inicial da EM é resolver o conflito da ambivalência do familiar para mudanças comportamentais e o final é aumentar a motivação interna do familiar, o qual apresenta os argumentos para a mudança em relação às interações com o familiar usuário de substâncias (MILLER; ROLLNICK, 2002). A ambivalência (Figura 3) origina-se de motivações conflitantes; trata-se de um estado psicológico no qual o familiar apresenta sentimentos coexistentes, porém contraditórios, a respeito de determinada situação, pensamento e ou comportamento, por exemplo: “preciso *versus* não preciso mudar o meu comportamento em relação ao meu filho que usa cocaína”.

Figura 3 - Ambivalência.

Fonte: Imagem retirada da internet, 2008.

Este método preconiza cinco princípios gerais. O primeiro é o *estilo terapêutico empático*, caracterizado por atitude de aceitação do profissional, por meio da escuta reflexiva, frente à perspectiva do familiar em relação ao problema. Ser um profissional empático pressupõe uma interação confortável com o familiar, na qual ele se sinta confiante para expressar as suas dificuldades. Além disso, a escuta atenciosa à queixa do familiar e a sensibilidade para a decodificação dos seus sentimentos, favorece a atuação do terapeuta e dá suporte para a emergência da mudança comportamental. O segundo é *desenvolver a discrepância* do comportamento codependente e permissivo, que requer uma autoavaliação por parte da família, pois, por um lado, há a *homeostase*, que implica na repetição das condutas. Por outro lado, existe a percepção de que determinado comportamento permissivo contradiz com os seus valores. A partir disso, a família começa a refletir quanto as suas atitudes e passa a buscar orientações na tentativa de mudar o que é discrepante, no que tange ao seu estilo permissivo. O terceiro princípio é *evitar a argumentação* do profissional frente ao familiar, pois é contraproducente, na medida em que estimula a resistência e atitudes de autodefesa. É importante evocar as motivações internas do familiar quanto à mudança a partir de sua própria perspectiva frente aos problemas. *Acompanhar a resistência,* quarto princípio, é uma característica comum da condição humana. Assim, é importante compreender que as famílias podem resistir a modificar o seu padrão de comportamento. Por isso, é importante utilizar estratégias para evitar a resistência, ou melhor, evitar as razões para que a família não mude. Por último, e*stimular a autoeficácia*, com o objetivo de auxiliar a família a se perceber como capaz, as suas potencialidades em ser bem-sucedida em determinada mudança e ressaltar o livre arbítrio no plano dessa

mudança. Ainda, utilizar o reforço positivo das capacidades de mudança presentes na família facilita a engrenagem do processo de mudança (MILLER; ROLLNICK, 2002).

A abordagem da Entrevista Motivacional pode ser utilizada em serviços de saúde presenciais e de teleatendimento por profissionais devidamente capacitados no método (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; ROLLNICK; MILLER, 1995; GERBERT et al, 2003; FERNANDES et al, 2010; SIGNOR et al, 2013). Ainda, para colaborar à efetividade podem ser fornecidos materiais psicoeducativos sobre as consequências do TRSA e de estratégias de mudanças comportamentais (ROLLNICK; MILLER; BUTLER; 2010; GERBERT et al, 2003; TEVYAW; MONTI, 2004). Entretanto, estudos que se destinem à utilização e avaliação do modelo dos Estágios de Mudança e Entrevista Motivacional para mudanças comportamentais em familiares de usuários de drogas são escassos em nível nacional e internacional (MILLER; ROLLNICK; BUTLER, 2010; BORTOLON et al, 2013).

1.3.3 Intervenções por telemedicina

Intervenções por telemedicina para o tratamento da dependência química por meio de intervenção breve motivacional por telefone para a cessação do uso de álcool e maconha (SIGNOR et al, 2013; FERNANDES et al, 2010), de mensagens de texto via celular para melhorar o atendimento ambulatorial (DOWNER; MEARA; DA COSTA, 2005), aplicativo para *smartphone* para apoio na recuperação do alcoolismo (LEVY et al, 2014) podem facilitar a oferta de cuidado às pessoas com TRSA para a manutenção de tratamento continuado, já que a taxa de adesão, comumente é baixa (MOREIRA et al, 2014).

Das modalidades para o tratamento e prevenção, a utilização da telemedicina tem se mostrado promissora e representa uma estratégia econômica e capaz de atingir pessoas distantes e sem recursos ou disposição para tratamento presencial (SMITH; GRAY, 2009). Serviços dessa natureza podem fornecer informações gerais a respeito de drogas de abuso e representar uma alternativa de tratamento a usuários de drogas, bem como oferecer apoio a familiares (BARROS et al, 2008).

As linhas telefônicas tem sido utilizadas como oferta de intervenções próativas e reativas no monitoramento das condições de saúde em geral e podem

ser efetivas para o cuidado continuado de pessoas com TRSA (MCKAY et al, 2004). Além disso, o atendimento telefônico é uma alternativa que visa potencializar a efetividade das intervenções clínicas, melhorar a qualidade de atendimento aos que necessitam e desobstruir o serviço público, que atualmente não supre a demanda da população (COLÓN et al, 2010).

Pessoas com TRSA permanecem várias semanas consecutivas em abstinência, quando recebem intervenção por meio de linhas telefônicas de ajuda, obtendo melhores resultados que outros tipos de tratamentos (HIGGINS et al, 2000; BISHOF et al, 2008). Ainda, os pacientes podem requerer cuidados menos intensivos quando comparados com intervenções do tipo face a face (ROUNSAVILLE; PETRY; CARROL, 2003). Serviços de teleatendimento ainda são escassos para familiares de usuários de drogas. Desse modo, o apoio telefônico pode ser uma importante alternativa para o apoio à família frente ao seu sofrimento, na identificação do problema, bem como na mudança do comportamento em relação ao usuário (BORTOLON et al, 2010).

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), o consumo de álcool e outras drogas impacta a vida da pessoa que utiliza, além de ocasionar prejuízos adicionais em seus familiares (SAKIYAMA et al, 2015). Os pesquisadores e profissionais experientes no tratamento do abuso de substâncias e na terapia familiar estimam que, para cada uma pessoa com TRSA, pelo menos dois ou mais integrantes da família são atingidos (VELLEMAN E TEMPLETON, 2002). A partir dessa perspectiva, o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas identificou a prevalência de 8 milhões de dependentes de álcool, maconha, cocaína/crack no território brasileiro, estima-se que entre 24 a 28 milhões de familiares são afetados (LARAJEIRA et al, 2012). O impacto desse agravo pode ter uma extensão ampla na vida da família, como problemas de saúde física e psicológica, nos relacionamentos, no âmbito financeiro, laboral e social (BORTOLON et al, 2015; MOREIRA et al, 2015).

Os serviços de saúde voltados para o tratamento dos TRSA comumente focalizam a abordagem no usuário de substâncias. Por outro lado, as ações com a família ficam em segundo plano (COPELLO et al, 2011). No entanto, já são conhecidas as experiências de sofrimento e interferência na qualidade de vida de quem tem uma relação próxima com um familiar que apresenta comportamento compulsivo e prejuízos decorrentes do consumo de substâncias (LI et al, 2014; MOREIRA et al, 2013).

Devido à complexidade desse problema, os familiares passam por diversas adversidades e situações que geram preocupação, tensão e estresse acentuados, além de apresentarem maior risco de problemas emocionais e físicos (COPELLO et al, 2011). Tendo em vista este cenário, os familiares podem apresentar posturas e padrões codependentes (DAIRE; JACOBSON; CARLSON, 2012). Sem dúvida, esses comportamentos podem repercutir em adoecimento nos familiares e desencadear ações e decisões que podem não facilitar o processo de tratamento tanto do familiar com TRSA como da família (DEAR; ROBERTS, 2005). Sabe-se que o engajamento da família de usuários de drogas nos tratamentos, comumente, é uma dificuldade séria (SZAPOCZNIK et al, 1988).

Desta forma, os familiares necessitam de uma intervenção individualizada, que influencie na mudança dos comportamentos codependentes e permissivos da

família (BORTOLON et al, 2013). Estudos sobre estágios de motivação à mudança, além da utilização da entrevista motivacional para o tratamento de familiares de usuários de substâncias, ainda são escassos (BORTOLON et al, 2010). Este estudo objetivou desenvolver e fornecer um modelo de teleintervenção ao longo de 6 meses que auxiliasse para mudanças de comportamentos codependentes e permissivos em familiares de usuários de drogas.

A oferta de teleintervenção como uma estratégia acessível e econômica à população, que estimule o processo de mudança e a psicoeducação referente aos Transtornos Relacionados a Substâncias e Adição, pode contribuir para evidências no campo do tratamento dos familiares de usuários de drogas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Verificar se ocorreram mudanças dos comportamentos codependentes e permissivos dos familiares em relação aos usuários de drogas quando é seguido um programa de teleintervenção fundamentado no método da entrevista motivacional e modelo dos estágios de mudança, por 6 meses.

3.2 Objetivos Específicos

Descrever o perfil sociodemográfico dos familiares envolvidos com TRSA que ligaram para um serviço de teleatendimento brasileiro que oferece informações e orientações sobre substâncias psicoativas, centro de tratamentos e intervenção motivacional para usuários de drogas e familiares.

Avaliar os escores de codependência e a frequência dos comportamentos permissivos em familiares de usuários de drogas no início e no fim do acompanhamento.

Verificar os estágios de mudança dos familiares de usuários de drogas ao longo de 6 meses.

Comparar o Modelo de Teleintervenção e Acompanhamento a Familiares de Usuários de Drogas e Tratamento Usual para a modificação da codependência e comportamentos permissivos de familiares de usuários em um seguimento de 6 meses.

Para alcançar os objetivos, foram gerados os seguintes produtos:

1. Motivational tele-intervention protocol for changing codependent and permissive behaviors in family members of drug users: A randomized clinical trial.

2. Six months outcomes of a randomized, motivational tele-intervention for change in codependent behavior of family members of drug users.

3. Comportamentos permissivos em familiares de usuários de drogas após acompanhamento por 6 meses.

4 ARTIGOS

4.1 MOTIVATIONAL TELE-INTERVENTION PROTOCOL FOR CHANGING CODEPENDENT AND PERMISSIVE BEHAVIORS IN FAMILY MEMBERS OF DRUG USERS: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

Enviado para a revista Journal of Mental Health

Cassandra Borges Bortolon
Taís de Campos Moreira
Maristela Ferigolo
Helena Maria Tannhauser Barros

CONFLICTS OF INTEREST

All authors declare that they have no conflict of interest.

Abstract

Background: Substance misuse negatively affects not only users but also their family members. However, despite chemical dependency trigger problems in the family context, there is still limited evidence of a specific model of continuing intervention for families. The aim will evaluate the effectiveness of two different intervention models in changing permissive and codependent behaviors in relatives who call a toll-free phone number for help regarding a family member who is a drug user. **Methods:** Each family member will be randomly allocated to receive one of two interventions: the Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users, which involves 60 minutes of advice based on motivational interviewing and stages of change, or Usual Treatment, 20 minutes of simple-structure informative advice focused on reading informational materials related to awareness (bibliotherapy), which will be sent to the family. The analysis will include the following assessment tools of family members: a questionnaire for sociodemographic characteristics, the Holyoake Codependency Index, and the Contemplation Ladder and Behavioral Enabling Scale. **Discussion:** The trial will evaluate the effectiveness of the intervention model to

change behaviors of family members compared to usual treatment. Therefore, its findings will be highly relevant for health professionals who work with substance abusers.

Keywords: Family Relations, Codependency, Permissiveness. Motivational Interviewing, Telemedicine.

Background

The global burden of disease attributable to alcohol and illicit drug use amounts to 5.4% of the total burden of disease (WHO – World Health Organization, 2008). Substance misuse negatively affects both users and their family members (Velleman et al., 2008). Studies have shown this negative effect on both quality of life and levels of concern (Moreira et al., 2013; Arcidiacono et al., 2010). Family members who live with an individual who has a chemical dependency on alcohol or drugs experience frequent exhaustion and strain (Karnieli-Miller et al. 2013; Velleman et al., 2008).

Family members in this context may have counterproductive attitudes, permissive behaviors, feelings of guilt and low self-esteem, which are related to codependency (Daire et al., 2012, Noriega et al., 2008). Codependency affects approximately 71% of the families of drug users, the majority of whom are in the pre-contemplation stage of change. This perspective suggests the importance of interventions focused on changing codependent behavior (Bortolon et al., 2010). Feasibility studies conducted in Italy, the United Kingdom, Mexico and Australia showed that families who lived with substance misusers and received an intervention called 'The 5-Step method' showed improvement in their physical and psychological symptoms and in their coping methods to address problems (Velleman et al., 2008; Arcidiacono et al., 2008). Denning (2010) described Harm Reduction Therapy as an alternative aid for the families and friends of drug users.

Family members are usually called upon to participate in the treatment of drug abuse (Fang & Schinke, 2013; Yandoli et al., 2002). However, family engagement in the treatment of the drug user is often difficult (Yandoli et al., 2002). It is important that family members receive specialized care in addition to the care offered to drug users to facilitate the recovery process (SAMHSA -Substance Abuse & Mental Health Services Administration, 2005). Recently study propose to describe family members in great city of Brazil who were seeking in self-help groups (Sakiyama et al., 2015). Study of Brazilian population is centered in the drug users are more common (Castaldelli-Maia et al., 2015). So, there is a lack of randomized clinical trials that have evaluated the effect of a specific intervention model to change the permissive and codependent behaviors of family members of drug users in the telemedicine context.

Aim of the study

The aim of this study is to determine whether the Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users (TMMFDU), based on motivational interviewing (Miller & Rollnick, 2013) and stages of changes (Prochaska et al., 1992), is more effective than Usual Treatment (UT), a service that provides information and advice about drugs by phone.

Methods/Design

Ethics

Ethical approval for the study was granted by the Research Ethics Committee of the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA; approval protocol n. 339/07). This is a randomized controlled trial with two groups, TMMFDU and UT. Investigators will be blinded to the participants' treatment allocation. Consent to participate

will be obtained during the first call family members make to a toll-free phone number. Figure 1 summarizes the trial design.

Setting

The sample consists of Brazilian people who will call a toll-free phone number for help regarding a drug-using family member and request treatment sites for drug users.

Design

A randomized clinical trial comparing the Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users and the Usual Treatment. Both models are applied by phone. Both protocols were developed.

Study hypotheses

TMMFDU is more effective than UT in changing the permissive and codependent behaviors of family members who call a toll-free phone number for help regarding a family member who is a drug user.

Primary outcome measure

A change in the scores of codependency measured by the Holyoake Codependency Index (HCI) (Dear & Roberts, 2000) at 6 months.

Secondary outcome measures

1- A change in the frequency of permissive behaviors measured by the Behavioral Enabling Scale (Rotunda et al., 2004) at 6 months.

2- A change in the stage of change measured by the Contemplation Ladder (Biener,

1991) at 6 months.

Recruitment

People who call a toll-free phone for help regarding a drug-using family member and request treatment sites for drug users will be invited by the service to participate as a monitoring family member for 6 months. The sample will consist of one member of each family.

Inclusion criteria

Family members will need to agree to a) participate the study, b) receive counseling, and c) complete the follow-up at 6 months.

Exclusion criteria

Families of people who use only tobacco and family members who refuse to participate in the study and in the follow-up will be excluded.

Randomization

The randomization of participants will be conducted by software developed internally by Service that randomly assigns the calling family to the UT group or the TMMFDU group (Bloch & Medronho, 2008).

Procedures

The data collection and follow-up will be conducted by consultants in the health sciences who have training in neuroscience, motivational interviewing and strategies related to stages of changes (Miller & Rollnick, 2013; Barros et al., 2008). Additional continuous and thorough training totaling approximately 50 hours was given regarding care for family

members of drug users and Systemic Therapy (Osório & Pascual do Valle, 2009). All data collection and interventions used in this study will be closely supervised.

During the first call, family members will be informed of their future call dates. Additionally, informational materials regarding the management of family awareness will be sent to the address provided by the family member (Bortolon et al., 2013). After randomization, the first session is started as the tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users (TMMFDU) (Bortolon et al., 2013), with sixty minutes of advice will be given based on motivational interviewing and stages of change (see Box 1). Additional written informational materials related to awareness will be sent to the family by post. The control group will receive Usual Treatment (UT), twenty minutes of simple-structure informative advice will be given that focuses on reading informational materials related to awareness, which will be sent to the family by post (see Box 1).

Instruments

The instruments that will be used are as follows: a) a questionnaire of sociodemographic characteristics a) computerized instrument for the general characterization of the family members' sex, age, marital status, occupation, family income and educational level); b) the Holyoake Codependency Index (HCI) (Dear & Robert, 2000), to evaluate codependency with thirteen items grouped under three elements: focus on others, self-sacrifice, and reactivity. The final score ranges from 3 to 15 points and is calculated by the sum of the elements and divided by the number of questions for each element (Dear & Robert, 2005); c) the Behavioral Enabling Scale (Rotunda et al., 2004), which evaluates how often family members of drug users exhibit specific permissive behaviors. It consists of 20 items that assess frequency with score of 1-5 according to a Likert scale (Rotunda et al., 2004); and d) the Contemplation Ladder (Biener, 1991), to evaluate the stage of readiness for behavior change motivation, which uses an adapted form with five statements (Signor et al., 2013; Fernandes

et al., 2010). The self-assessment is conducted by reading statements to the family members and asking them which statement best represents what they think at the moment regarding their behavior toward the user's drug use. The characterization of this stage is related to the choice of the statements: the pre-contemplation stage of change (statements 1 and 2), contemplation (statement 3), preparation (statement 4) and action and maintenance (statement 5).

Statistical Methods

Sample size and justification

The required sample size was calculated according to the number of annual calls made by family members to the hotline, estimating a 25% retention in the tele-intervention model at a 6-month follow-up (Signor et al., 2013; Fernandes et al., 2010) with an analytical power of 80% and a discrimination effect of $p < 0.05$.

Initially, a descriptive analysis of sociodemographic characteristics will be performed. The analysis will include qualitative variables (e.g., frequencies and percentages) and quantitative variables (e.g., mean and standard deviation).

Bivariate analyses will be performed by a Chi-square test presented as the odds ratio and a 95% confidence interval. To verify the main effect of each variable (intervention and follow-up time) and the interaction effect between them on the means of codependency, a two-way analysis of variance (ANOVA) of repeated measures will be performed.

For multivariate analyses, participants will be categorized as having either high or low codependency. Multivariate analysis will also be performed by means of the Cox regression model to verify the association between gender and interventions to the change outcome of codependent behavior.

To analyze the permissive behaviors scores between treatment groups to six months, will be used the technique of generalized equations estimates (GEE) taking how function connection the Poisson distribution (for ordinal data in counts) in a independent matrix (without assuming conglomerate effect) with robust standards errors and adjusting for baseline measures will be used.

The analysis will be conducted utilizing IBM SPSS Statistics 19.0. Values of $p<0.05$ will be considered statistically significant.

Discussion

Close contact with a relative with chemical dependence negatively affects family members (Arcidiacono et al., 2010). So, interventions for families must be tested to help family members to understand addiction and the problems that surround it (Sakiyama et al., 2015). The purpose of this randomized clinical trial is to assess the effectiveness of the TMMFDU model compared to UT to change codependent and permissive behaviors. This is the first study to propose a protocol, monitored by phone, for family members of drug users who are facing changes in codependency and permissive behaviors in Brazil. This new model could assist health professionals in the treatment of drug users' family members, who may use the phone as an intervention modality.

Box 1 – Procedures of Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users and Usual Treatment

FIRST CALL AND FOLLOW-UP	TMMFDU	DESCRIPTION OF INTERVENTION	UT
First call	- Welcome the family. - Inform family of how phone follow-up for the family operates. - Explain chemical dependency and its complications. - Schedule the dates for follow-up. - Thank the family for the call.	- In the first part of the intervention, the consultant listens to the family's concerns about the user. -The consultant explains the importance of monitoring the drug user in the family and reports that the family needs guidance. Then, the consultant follows a script and explains about losing control with use, as in the process of adaptation of the organism to substance use, and discusses the pleasurable effects of consumption and symptoms of withdrawal from the substance. -After report, monitoring occurs from family connections to the service on a weekly basis in the first two months and then bimonthly for 6 months. Finish by congratulating the family connection on the initiative.	- Welcome the family. - Identify doubts and acknowledge the suffering of the family. - Inform family of how phone follow-up for the family operates. - Inform and explain the effects of the substances used by the user. - Schedule the dates for follow-up. - Thank the family for the call.
7th day	- Understand how the family functions and identify behaviors such as rules, authority, limits, overprotection, neglect, strictness, permissiveness, and guilt.	-In the first part, the consultant invites the family to talk about their relationship with the drug user. - The consultant asks the family to describe a typical day in the family.	- Inform and answer doubts raised by the family.
14th day	- Attend to the family depending on the motivational stage reported after answering the scale Contemplation Ladder.	PRE-CONTEMPLATION - When the family does not consider the need for change. The goal of the consultant is to encourage the family to consider the possibility of change.	- Advice on the effects of the substances used, addiction, and abstinence syndrome.

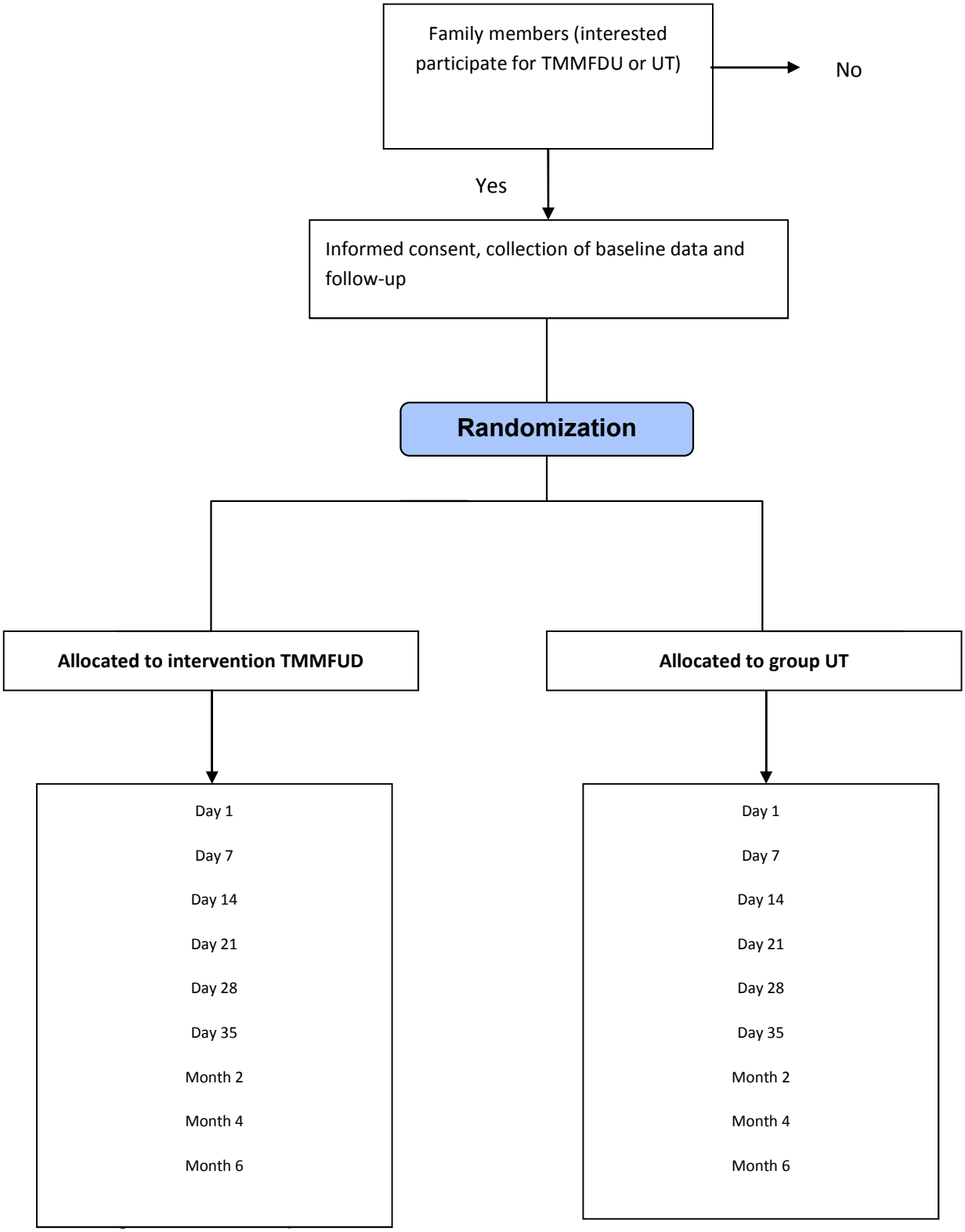
FIRST CALL AND FOLLOW-UP	TMMFDU	DESCRIPTION OF INTERVENTION	UT
		CONTEMPLATION - When the family is thinking of the possibility of change. The consultant's goal is to stimulate an evaluation that could encourage the decision to change. DETERMINATION - When the family is preparing to change. The consultant's goal is to build a plan of action that is acceptable to the family and can be achieved in the short term. ACTION / MAINTENANCE - Time when the family puts into practice actions for change. The consultant's goal is to put in place strategies and actions for change and to review the planning. RELAPSE - When the family returns to previous inappropriate behavior. The consultant's goal is to clarify that lapses and relapses are normal and can be overcome. Address as learning experiences.	
21st day	- Foster the targets of the motivational stage according to codependent behaviors (HCI assessment scale) that the family reported after answering the scale. - Inform about risk and protective factors in the family for drug abuse.	-Initially, the consultant asks what kind of change from the permissive behavior makes sense for the family. -Then, the consultant guides the family to change its permissive behavior in a way that makes sense from the perspective of this monitoring. -The consultant asks whether it makes sense and how the family understands this. The consultant tells the family that their behavior change is also important because if the family does not experience the consequences of their actions, they will tend to repeat them. -The consultant notes the importance of the family to determine risk factors and protective factors. The consultant advises that risk factors are social, family or personal situations that increase the likelihood	- Provide support and listen to the family.

FIRST CALL AND FOLLOW-UP	TMMFDU	DESCRIPTION OF INTERVENTION	UT
		of risky behavior. Protective factors are situations that reduce the likelihood of a person using alcohol and other drugs. Finally, the consultant offers examples.	
28th day	- Foster the targets of the motivational stage according to codependent behaviors (HCI assessment scale) that the family reported after answering the scale. - Help the family identify steps and skills required to change. - Encourage the family to change their behavior and put into action what has been agreed upon.	-In the first part of the call, the consultant proposes that the family think about what changes to their permissive behavior they would be able to accomplish. The consultant applies reflective listening about the changes that the family reports being able to do. Then, the consultant provides a summary of what the family said and offers feedback. -The consultant advises that change is not easy. However, the behavior can be changed provided that the goals are likely to be accomplished. -Finally, the consultant states that this is the time to put the behavioral change of plan in place.	- According to the aims of the 21st-day follow-up.
35th day	- Verify the execution of the planning. - Assist families that failed to perform the tasks and understand the reasons for not being able to do so.	-Initially, the consultant considers which behavioral changes the family attempted to make. -The consultant asks how these attempts were made and how the family felt. -The consultant asks the family's opinion about the reasons for not carrying out the plan as agreed, if this occurred.	- According to the aims of the 21st-day follow-up.
2nd month	- Maintenance session - Check on the family regarding changes in behavior. - Attend to the family depending on the motivational stage reported after answering the scale.	-According to the description of the 14th-day intervention.	-According to the aims of the 21st-day follow-up.

FIRST CALL AND FOLLOW-UP	TMMFDU	DESCRIPTION OF INTERVENTION	UT
4th month	- According to the aims of the 2nd month of follow-up.	-According to the description of the 14th-day intervention.	-According to the aims of the 21st-day follow-up.
6th month	- According to the aims of the 2nd month of follow-up.	-According to the description of the 14th-day intervention.	-According to the aims of the 21st-day follow-up.

Model created by Bortolon C.B. (2013).

Figure 1 - Trial Participant Flow Chart



References

Arcidiacono, C., Velleman, R., Procentese, F., Berti, P., Albanesi, C., Sommantico, M., & Copello, A. (2010). Italian families living relatives with alcohol or drugs problems. Drugs: education, prevention and policy, 17(6), 659-680.

Barros, H.M.T., Santos, V., Mazoni, C., Dantas, D.C.M. & Ferigolo, M. (2008). Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. Drug and Alcohol Dependence, 98, 270-274.

Biener, L. & Abrams, D. The Contemplation Ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation.(1991) Health Psychology, 10(5),360-5.

Bortolon, C.B., Ferigolo, M., Grossi, R., Kessler, F.H.P. & Barros, H.M.T. Avaliação das crenças codependentes e dos estágios de mudança em familiares de usuários de drogas em um serviço de teleatendimento. (2010) Revista da AMRIGS, 54 (4), 432-436.

Bortolon, C.B., Machado, C.A., Ferigolo, M. & Barros, H.M.T. (2013). Abordagem Motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone: um estudo de caso. Contextos Clínicos, 6(2), 157-163.

Castaldelli-Maia, J.M., Martins, S.S., Oliveira, L.G., Andrade, A.G., Nicastri, S. (2015). The role of drug use sequencing pattern in further problematic use of alcohol, tobacco, cannabis, and other drugs. Journal of Mental Health, 24(1), 9-14.

Daire, A.P., Jacobson. & Carlson, R. (2012). Stocks and Bonds: a metaphorical model for conceptualizing and treating codependency and other forms of emotional overinvesting. American Journal of Psychotherapy, 66 (3), 259-278.

Dear, G. & Robert, C. (2000). The Holyoake Codependency Index: Investigation of the factor structure and psychometric properties. Psychological Reports, 87(3 Pt 1), 991-1002.

Dear, G. & Roberts, C. (2005). The Validation of the Holyoake Codependency Index. The Journal of Psychology. 139 (4), 293-313.

Denning, P. (2010). Harm reduction therapy with families and friends of people with drug problems. Journal of Clinical Psychology, 66(2), 1-11.

Fang, L. & Schinke, S.P.(2013). Two-year outcomes of a randomized, family-based substance use prevention trial for Asian American Adolescent Girls. Psychology of Addictive Behavior, Sep 27(3), 788-798.

Fernandes, S., Ferigolo, M., Benchaya, M.C., Moreira, T.C., Pierozan, P., Mazoni, C.G. & Barros, H.M.T. (2010). Brief motivational intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana users. Addictive Behaviors, 35(8), 750-755.

Karnieli-Miller, O., Perlick, D.A., Nelson, A., Mattias, K., Corrigan, P., Roe, D. (2013). Family members' of persons living with a serious mental illness: Experiences and efforts to cope with stigma. Journal of Mental Health. 22(3), 254-262.

Medronho, R.A. & Bloch, K.V.(2008). Epidemiologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). Motivational Interviewing – Helping People Change. 3rd. ed. The Guilford Press: New York, London.

Moreira, T.C., Figueiró, L.R., Fernandes, S., Justo, F.M., Dias, I.R., Barros, H.M.T & Ferigolo M. (2013). Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. Ciência e Saúde Coletiva, 18(7), 1953-62.

Noriega, G., Ramos, L., Medina-Mora, M.,E. & Villa, A. (2008). Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. American Journal of orthopsychiatry, 78(2), 199-210.

Osório, L.C., Pascual do Valle (org). (2009). Manual de Terapia Familiar. Porto Alegre: Artmed.

Prochaska, J.O., Diclemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47(9), 1102-1114.

Rotunda, R., West, L. & Farrell, J.T. (2004). Enabling Behavioral in a clinical sample of alcohol-dependent clients and their partners. Journal of Substance Abuse Treatment, 26, 269-279.

Sakiyama, H.M.T., Padin, R.M.F.,Canfield, M., Laranjeira, R., Mitsuhiro, S.S. (2015). Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: Who are they? *Drug and alcohol Dependence*, 147, 276-279.

Signor, L., Pierozan, P., Ferigolo., M, Fernandes, S., Moreira, T.C., Mazoni, C., & Barros, H.M.T. (2013). Efficacy of the telefhone-based brief motivational intervention for alcohol problems in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* 35(3), 254-261.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance abuse treatment and family therapy. (2005). A Treatment Improvement Protocol - TIP 39: Substance abuse treatment and family therapy, Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.

Velleman. R., Arcidiacono, C., Procentese, F., Copello, A. & Sarnacchiaro P. (2008). A 5-step intervention to help family members in Italy who live with substance misusers. Journal of Mental Health, December: 17(6):643-655.

World Health Organization. Resources for the prevention annual treatment of substance abuse disorders. (2008). Internet, 2013.

Yandoli, D., Eister, I., Robbins, C., Mullady, G. & Daire C. (2002). A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London clinic, Journal of family therapy. November, 24(4), 402-404.

4.2 SIX MONTHS OUTCOMES OF A RANDOMIZED, MOTIVATIONAL TELE-INTERVENTION FOR CHANGE IN CODEPENDENT BEHAVIOR OF FAMILY MEMBERS OF DRUG USERS[1]

Cassandra Borges Bortolon
Taís de Campos Moreira
Luciana Signor
Bárbara Léa Guahyba
Luciana Rizzieri Figueiró
Maristela Ferigolo
Helena MariaTannhauser Barros

FINANCING

Funding for this study was provided by the National Department for Drug Policy (SENAD) and Mario Tannhauser Association for Teaching, Research, and Assistance (AMTEPA). SENAD and AMTEPA played no role in the design, collection, analysis, and data interpretation, in the writing of this paper or in the decision to submit the article for publication. HMTB receives 1C productivity scholarship from the National Council of Scientific and Technological Development - CNPq.

CONFLICTS OF INTEREST

All authors declare that they have no conflict of interest.

Abstract

Families of substance abusers may develop maladaptive strategies, such as codependency, to address drug-related problems. It is important for families to receive specialist treatment in order to contribute to the recovery process of substance addiction. The Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users (TMMFDU), based on method motivational interviewing and model stages of change, aims to encourage the family to change the codependents' behaviors. A randomized clinical trial was carried out to verify the change in codependent behavior for six months of follow-up. Three hundred and twenty-five families with high or low codependency scores were randomized into the intervention group (n=163) or the usual treatment (UT) (n=162). After six months of follow-up, the family members of the TMMFDU group were twice as likely to modify their codependency behavior when

[1] Enviado para a revista Journal Substance Use and Misuse.

compared to the UT group (OR 2.08 CI 95% 1.18 to 3.65). TMMFDU proved to be effective in changing codependent behaviors in family members of drug users.
Keywords: Family Relations, Drug Users, Codependency, Motivational Interviewing, Telemedine.

Introduction

Families involved with substance use disorders have deficits in physical and emotional health and in personal relationships with the environment, which impact their quality of life (Moreira et al., 2013). Several of these losses are related to codependency, which is characterized by counterproductive attitudes, permissive behaviors, feelings of guilt, and low self-esteem (Daire, Jacobson, Carlson, 2012; Denning, 2010). These features are usually accompanied by suffering and denial and feelings like anger, helplessness, and sadness. Thus, family members may develop maladaptive strategies to manage their relationship with most drug users (Denning, 2010). More than 60% of family members of psychoactive substance users in Brazil that sought help through the telephone service had codependency (Bortolon, Ferigolo, Grossi, Kessler, Barros, 2010). Furthermore, 25% of women who sought a health service for primary care, when compared with the control group, were codependent in relation to their partner or to their alcoholic father (Noriega, Ramos, Medina-Mora, Villa, 2008).

The construct of codependency has been described in different ways: as a personality disorder described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – III R (Cermak, 1986), as a problem that arises in the families of alcoholics as a standard family dynamics (Wegscheider-Cruise, 1981), or as an interactional problem (Noriega et al., 2008). In this study, codependency was considered as an interactional problem that is postulated as a model of relationship (scripts) established early on between the family and the user as an alternative to solving the problem (Noriega et al., 2008). For example, a mother does everything for the child (activities he could do for himself) and continue this behavior when the son/daughter is an adult. As a way of relationship this does not contribute to independence for both mother and son.

Family members are usually invited to participate in the treatment of chemical dependence because the importance of family interactions (Fang, Schinke, 2013; Yandoli, Eister, Robbins, Mullady, Daire, 2002). However, family involvement in the drug user's treatment is often difficult (Yandoli et al., 2002). Therefore, it is important for family members also receive specialized care as well as drug users to facilitate the recovery process (Substance Abuse & Mental Health Services Administration, 2005). The Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users (TMMFDU) proposes a way of involving family members who have resistance to change due to the characteristics of codependency through a motivational approach. This tele-intervention used open-ended questions and empathy to understand family functioning, and applied reflective listening and decisional balance techniques as the reasons for changing codependent behaviors. Summaries were made throughout the follow-up. Motivational interview applied to family members of drug users has not been evaluated yet, hence its effectiveness must be investigated.

The Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users (TMMFDU) is based theoretical perspective on motivational interviewing (Miller & Rollnick, 2013) and stage of changes (Prochaska, Diclemente, Norcross, 1992). The motivational interview (MI) is widely used for users of alcohol and other drugs and has shown to be effective for cessation of use regardless of the population or the drugs used (Signor et al., 2013; Newton et al., 2013; Fernandes et al., 2010). It has been suggested that the motivational interview assists in modifying codependent behaviors due to collaborative spirit and empathy and evocation of the reasons for the change, besides the use of specific strategies according to the family's motivational stage (Sim, Wain, Khong, 2009; Faris, Cavell, Fishburne, Britton, 2009). Family members are at the stage of pre-contemplation when changing is seen as an issue exclusive of the user, so it is only the user who should make the change happen. In the contemplation stage, the family starts to consider that they may also be involved in the family member's drug use and, therefore, they also need to change. In the preparation stage, the family begins the process of being ready to change, which is understood as a window of opportunity, with the family commonly seeking guidance and help. The action stage of change is the moment at which the family is involved in actions aimed at changing behaviors that can be performed individually or accompanied by counseling, psychotherapy, or self-help. In the

maintenance stage, the focus is to sustain the behavioral change already adopted by the family. This approach can help family members of drug users to conduct changes in their interactions with the user.

This study proposed a tele-intervention program based on the principles of motivational interviewing and stages of changes conducted collaboratively, encouraging decision-making by the family members to change their behavior towards the drug user, with an understanding that they also need assistance. The aim of this study was to determine whether the families' codependent behaviors changed in relation to drug users when they followed the TMMFDU at 6 months.

Methods

Study Design

A randomized clinical trial comparing the Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users - TMMFDU and the Usual Treatment - UT, both of which applied by phone.

Interventions

- Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users - TMMFDU (Bortolon et al., 2013) was constructed from previous phone calls made by families who had requested help from the drug-prevention information service "VIVAVOZ - call 132" to deal a drug user in the family. The family's needs regarding difficulties in interacting with the drug user, suffering, and ignorance of the abused substances and their effects were identified. These needs reported by the family members were later used as the basis for a structured service model, based on MI and on the transtheoretical model of stages of change in which different goals were presented over different days (Box 1) (Bortolon et al., 2013). TMMFDU was conducted by attending to families focusing change of codependent behaviors of families of drug users. This model was organized in such a way that each call had a specific goal to stimulate the family in their process of change.

- Usual Treatment - UT

The usual treatment for family members was conducted in an informative way and focused on reading informational materials for awareness (bibliotherapy) sent to the family. The material dealt with how family members can deal with possible situations and limits of living with drug users. In the first call, the doubt and suffering of the family member were welcomed. This was aimed at getting basic information about the substances abused by the drug user. The call on the 7th day aimed to

inform and answer doubts. The call on the 14th day was oriented towards information about the effects of abused substances, chemical dependence, and withdrawal syndrome. Next, the follow-up calls of the 21st, 28th, and 35th days, besides the ones in the 2nd, 4th, and 6th months were used to listen and offer support to the family members (Box 1). In all segments, when necessary and/or requested, both the family members and users were informed of the treatment centers (address and telephone numbers).

Procedures

Sample Recruitment and Participants

The Brazilian National Information and Intervention for Substance Abuse is a telemedicine service that offers counseling, brief motivational intervention to drug abusers and general information on drug abuse to the community. Many family members of drug users call the toll-free number to receive counseling and information on how to deal with relative who is a problem substance user or to request information about treatment centers were to take their family members. The toll-free number is advertised nationwide in the internet and through radio and television broadcast. Participants aged at least 15 years old, who called the telemedicine phone number regarding a family member who abused alcohol or illicit drugs were therefore recruited from the Brazilian general population from August 2008 to September 2012.

The sample consisted of family members of drug users of all five Brazilian regions who reactively called (made the call) the toll-free phone for help regarding a family member who is a drug user and requested treatment sites for drug users. Parents, siblings, descendants, second- and third-degree relatives and spouses who voluntarily called the toll-free number were invited to participate in this study. The study included the family members of drug users who agreed to participate, completed the session in their first contact and understood what was asked in the codependency assessment and motivational stage scales. The other inclusion criteria involved giving their free and informed consent and completing all the proposed follow-up monitoring (Figure 1). The sample selection excluded families of tobacco-only users, individuals under 15 years of age, family members who refused

to participate in the study or those who did not desire to continue in the follow-up, and individuals who lacked the cognitive ability to answer the questionnaires.

Data collection and follow-up were conducted from August 2008 to February 2013 by college students (consultants) in health sciences, with training in neuroscience, motivational interviewing, and care for family members of drug users. For family monitoring, continuous trainings were held on systemic therapy, motivational interviewing, and strategies according to the motivational stage, in addition to discussion of clinical cases and support to consultants when confronted with difficult demands. The consultants were supervised by professional experts in substance abuse, all of whom had postgraduate training in health sciences (Barros, Santos, Mazoni, Dantas, Ferigolo, 2008).

Participants were randomized using a software developed internally by Service that randomly assigned the call from the family to the usual treatment (UT) or TMMFDU groups (Bloch & Medronho, 2008).

At the beginning of the first call, the families' informed consent was sought so that the data could be used for research and, by the end of the call, eight phone calls were scheduled as follows: 7^{th}, 14^{th}, 21^{st}, 28^{th}, 35^{th} days, 2, 4, and 6 months. After the first call, each family in the study received a letter sent by the Service containing an agreement with the family to return the calls, information material for awareness, and the protocol number for the continuity of care (Bortolon, Machado, Ferigolo, Barros, 2013). The phone calls lasted for approximately 60 min and were largely made by family members or proactively by the service staff when the family did not return a phone call as promised. The proactive attempts for contact were made in, at least, 5 occasions, in different weekdays, including weekends, and in different times of the day (in the morning, afternoon or night).

Instruments

The instruments used were: a) Questionnaire for sociodemographic characteristics, a computerized instrument for the general characterization of the family members' data which include gender, age, marital status, occupation, family income, and educational level; b) Holyoake Codependency Index (HCI) (Dear & Robert, 2000) to evaluate codependency with thirteen items grouped under three elements: focus on other, self-sacrifice, and reactivity, with a final score from 3 to 15 points. This score is calculated by the sum of the elements and divided by the number of questions of each element (Dear & Robert, 2005). This scale was

translated by a Brazilian researcher proficient in English language and counter-translated by a native English speaker with knowledge of Portuguese language in order to determine that the content of the questions had not been modified. A score ≥ 9.7 was considered high codependency according to a previous study (Bortolon et al., 2010); c) Contemplation Ladder (Biener, 1991) to evaluate the stage of readiness for behavior change using an adapted form with five statements (Signor et al., 2013; Fernandes et al., 2010). The self-assessment was carried out by reading statements to the family members and asking them which statement best represented what they thought at the moment in relation to their behavior towards the use of drugs. The stage of change was characterized according to the choice of statement: pre-contemplation (statements 1 and 2), contemplation (st. 3), preparation (st. 4), and action and maintenance (st. 5).

Ethics

Ethical approval for the study was granted by the Research Ethics Committee of the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA) (Approval protocol no. 339/07).

Statistical Analyzes

The sample size required was calculated according to the number of annual calls by family members to the hotline, estimating 25% retention in the tele-intervention model after 6 months of follow-up (n=136 for each group) (Signor et al., 2013; Fernandes et al., 2010), with analysis power of 80% and discrimination effect with $p<0.05$.

Initially, a descriptive analyzes of sociodemographic characteristics was performed. Qualitative variables are presented as frequencies and percentages, while quantitative variables are presented as mean and standard deviation.

Bivariate analyzes were performed by Chi-square test expressed as odds ratio and confidence interval of 95% for eight phone calls were scheduled as follows: 7^{th}, 14^{th}, 21^{st}, 28^{th}, 35^{th} days, 2, 4, and 6 months.

In order to verify the main effect of each variable (intervention and follow-up time) and the interaction effect between them on the means of codependency, two-way Analyzes of Variance (ANOVA) of repeated measures was performed.

For multivariate analyzes, participants were categorized as having either high or low codependency. The variables ‘age of family member’, 'gender of the family members,' 'gender of the user,' 'family income,' 'stage of change,' 'type of kinship,' and 'treatment modality' that had values p=0.2 were included in the logistic regression analysis for the outcome. Multivariate analyzes was also performed by means of Cox regression model to verify the association of gender of the family members and interventions to change codependent behavior outcome.

The analyzes were carried out per protocol using the software IBM SPSS Statistics 19.0. Values of $p<0.05$ were considered statistically significant.

Results

Family members were randomly assigned to the TMMFDU group (n=702) or the UT (n=668). Similar losses occurred after six months in both groups (approximately 76%), therefore analysis was performed ‘per protocol’ to analyze changes in codependent behavior of families in relation to users (Figure 1).

The sample consisted of 325 family members who were included for the analysis of six-month follow-up who completed the monitoring (Table 1). Most family members (60%) who called for help had not sought assistance elsewhere in order to manage the drug abuse problem of their family member. There was a 10% increase in search of ‘have you sought any help’ the clinical trial begin of family at the final monitoring, which showed no statistically significant difference between treatment modality ($p = 0.819$). Similarly, as a comparison between the high and low codependency statistically significant difference in ‘have you sought any help’ after 6 months of follow-up ($p = 0.336$). It has been shown to seek other help during the monitoring did not affect the main result of the study.

Women who called were seeking help for young men in their families (under 27 years). The first contact by the family members with the hotline revealed high prevalence of codependency at 68%, a percentage that dropped to 24% by the end of the follow-up. Regarding the stages of change in the first contact, most families were in the final stages (action and maintenance), regardless of the group. After six months of follow-up, the number of families in the final stages was higher in families with low codependency.

The bivariate analyses of the first contact showed that having family income of less than five times the minimum wage is a factor that potentially interact with the

results of the intervention. However, when logistic regression analyses were carried out to verify factors that interfere with behavioral change in family members over the period of six months, only the treatment modality variable was considered important to change codependent behaviors (p=0.007). This result demonstrated that, after six months of follow-up, the family members of the TMMFDU group were twice as likely to modify their behavior from high codependency to low codependency when compared to the UT group (OR 2.08 CI 95% 1.18 to 3.65) (Table 2). Statistically significant difference change was observed only in codependency scores after 6 months of follow-up when comparing treatment modalities and high and low codependency.

The calls were done by family members proactively (48%) and 52% reactive following 6 months. There was no statistically significant difference in both proactive and reactive calls between the treatment modality when compared with high and low codependency at 6 months of follow-up (p=0.059).

Cox analysis revealed that the TMMFDU decreased codependency among family members of drug users after as little as two months of follow-up when the strategy was maintained for the following four and six months compared with UT (OR=0.585, CI 95% 0.37 to 0.92; p=0.020) (Figure 2). Gender was included as a possible confounding factor in the regression, however, it had no statistical significance (p=0.097). In other words, family members of both genders who received the TMMFDU treatment had 42% lower chance of keeping the codependent behavior than those allocated to the UT group.

The comparison of the means between the evaluation of codependency from the first call and the final six months of follow-up showed a significant reduction in codependency over time in both groups (F_{time} (1;649)=222.7, P<0.001) although no significant interaction was found between time of follow-up and TMMFDU and UT groups to decrease codependency ($F_{interaction}$ (1;646)=0.6, P=0.422).

Discussion

In the present study, codependent women whose sons or husbands are drug users and who received the TMMFDU treatment underwent an important behavioral change, confirmed by the decrease in codependency when compared to family members who received the usual treatment. Furthermore, when the survival curve was analyzed over a period of up to six months, it was observed that the TMMFDU

increased the chance to reduce high codependency when compared with the UT. The TMMFDU was conducted in a brief, collaborative, and innovative way, and played a key role in changing codependent behaviors of family members when dealing with the user (Bortolon, 2013; Sim, Wain, Khong, 2009). It also led to a move towards the final stages of motivation in family members with low codependency after six months of follow-up (Faris, Cavell, Fishburne, Britton, 2009). In the final stages of change, the family are facing the demands of treatment and thus more susceptible to change codependent behaviors (Miller & Rollnick, 2013) and individual change favors the family change and vice versa (Costa, 2010).

The TMMFDU was shown to be effective for this population by facilitating access by family members who could not do a face-to-face treatment. It is also an economic strategy effectively and efficiently used in other countries (Smith & Gray, 2009).

Most participants in this study who sought and adhered to follow-up were mothers and wives of users. Thus, the sample was predominantly made up of female relatives of users, which has been shown to be common in similar studies (Bortolon et al., 2010; Noriega et al., 2008). Women originally exert cultural functions of care and protection within their families, which influenced them to most frequently seek help for drug users due to the responsible role they play (Edmundson, Byrne, Rankin, 2000). The implications for the main result of the study of the more prevalent participation of mothers and wives are that the study is limited to the sample that was studied. However, as is known, in others studies the majority of the participants that sought help to deal with a substance misusing relative were women (Noriega et al., 2008; Sakiyama et al., 2015) and many other mental health illness and chronic diseases tend to be more assisted by female caregivers than male ones (National Alliance for Caregiving, 2009).

In both groups, a significant change in the mean codependency was found between the start of treatment and after six months of follow-up. These data highlight that following the family members by phone decreases codependency, helping them better manage chemical dependence regardless of the model used (Lyman et al., 2014), although the TMMFDU potentiated the change. The follow-up calls with a specific goal, to stimulate the family members in process of change were important for performance the TMMFDU. Study has shown that psychoeducation influences in improving family in strategies for dealing with drug users (Lyman, et al., 2014), so as

it was chosen at Usual Treatment modality. The accessibility of families with lower educational index and purchasing power to the TMMFDU reflected the utility of a free hotline, since the phone is an important means of communication and intervention that favors clarification of issues that would be extremely difficult to expose face-to-face (Mazoni et al., 2008; Ferigolo et al., 2002).

The codependent family members often experience problems and demands that do not have a positive outcome, which can interact with the severity of the user's addiction, relapse, and treatment dropout (Alvarez, Gomes Oliveira, Xavier, 2012), a process that makes the family suffer (Daire, Jacobson, Carlson, 2012). The reduction in codependency means family members more involved with their own feelings and problems and increased awareness of the interaction between the family and the substance use. The present results highlight the importance of interventions that encourage changes in attitudes that help in the synergy of behavioral change by both the family and the user (Bortolon et al., 2013).

A possible limitation in this study may be the fact that the initial enrollment in the study relied on the comprehension of what was being asked both in the codependency assessment and stage of change scales. Those who did not show minimal cognitive, educational or emotional ability/capability/conditions are not represented in this study. Also, a further study with equal numbers of male and female family member might bring about any gender difference that was not detected in this study.

Other limitation is that the power of the sample was not calculated for the separation of codependency three elements (focus on other, self-sacrifice and reactivity), but to the overall score of codependency. Future studies should examine this issue.

The loss of family members during the follow-up was another limitation of the study. Nevertheless, the losses were similar in other studies employing similar methodology with drug users (Moreira et al., 2014; Signor et al., 2013). Reiners, Azevedo, Vieira and Arruda (2008) mention that the family members try to solve the problem quickly and thus minimize the importance of follow-up, since the treatment is usually centered on the user. Psychiatric disorders could also be associated with greater losses (Madigan et al., 2012), which was not evaluated in this study. In addition, most families that called the hotline requested help for the drug user. On the

other hand, the discourse of the family described the problematic attitudes, apart from wear of coexistence. The present approach proposed modifying the usual logic of the family of talking about and focusing only on the user. Furthermore, they were encouraged to speak out about themselves, including how they relate with the user, their feelings, as well as assessment of their codependent behaviors. This proposal to talk about themselves may have been a factor that contributed to loss, since being actively involved with chemical dependency is a difficult task (Sakiyama et al., 2015; Yandoli et al., 2002). Family members needed help to be ready to assist drug users in stopping the substance use process. Thus, interventions that help families become more aware of their own needs and difficulties (Alvarez, Gomes Oliveira, Xavier, 2012) should be further explored in future research.

This study was conducted primarily for codependent mothers and wives, so the TMMFDU was validated for women of Latin origin, which will contribute to a better understanding of the little explored issue of codependency in the Brazilian culture (Vasconcellos & Prati, 2013). Future studies can be to verify if the TMMFDU for family influences abstinence of drug abusers.

Conclusion

In this study, the Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users, based on motivational interviewing and stages of change, with intervention, care, and information about addiction, helped family members to change codependent behavior. The follow-up calls with a specific goal, to stimulate the family members in process of change, were important for performance the TMMFDU. Moreover, it was an affordable and economical strategy for this population.

Box 1 – Procedures of Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users and Usual Treatment

FIRST CALL AND FOLLOW-UPs	TMMFDU	UT
First call	- Welcome the family. - Inform how phone follow-up for the family operates. - Explain chemical dependency and its complications. - Schedule the dates of follow-up. - Thank the call by the family.	- Welcome the family. - Identify doubts and acknowledge the suffering of the family. - Inform how phone follow-up for the family operates. - Inform and explain the effects of the substances used by the user. - Schedule the dates of follow-up. - Thank the call by the family.
7th day	- Understand how the family functions and identify behaviors such as rules, authority, limits, overprotection, neglect, strictness, permissivity, and guilty feelings.	- Inform and answer doubts raised by the family.
14th day	- Attend to the family depending on the motivational stage reported after answering the scale Contemplation Ladder.	- Advice on the effects of the substances used, addiction, and abstinence syndrome.
21st day	- Foster the targets of the motivational stage according to codependent behaviors (HCI assessment scale) that the family reported after answering the scale. - Inform about the risk and protective factors in the family for drug abuse.	- Provide support and listen to the family.
28th day	-Foster the targets of the motivational stage according to codependent behaviors (HCI assessment scale) that the family reported after answering	- According to the aims of the 21st day of follow-up.

FIRST CALL AND FOLLOW-UPs	TMMFDU	UT
28th day (continue)	the scale. - Help the family identify steps and skills required to change. - Encourage the family to change their behavior and put into action what has been agreed on.	
35th day	-Verify the execution of the planning. - Assist the family that failed to perform the tasks and understand the reasons for not being able to do so.	- According to the aims of the 21st day of follow-up.
2nd month	– Maintenance session. - Check how the family is regarding changes in behavior. - Attend to the family depending on the motivational stage reported after answering the scale.	- According to the aims of the 21st day of follow-up.
4th month	- According to the aims of the 2nd month of follow-up.	- According to the aims of the 21st day follow-up.
6th month	- According to the aims of the 2nd month of follow-up.	- According to the aims of the 21st day of follow-up.

Model created by Bortolon C. B. (2013)

Figure 1 – Flowchart of the progress shown by family members drug users during the study.

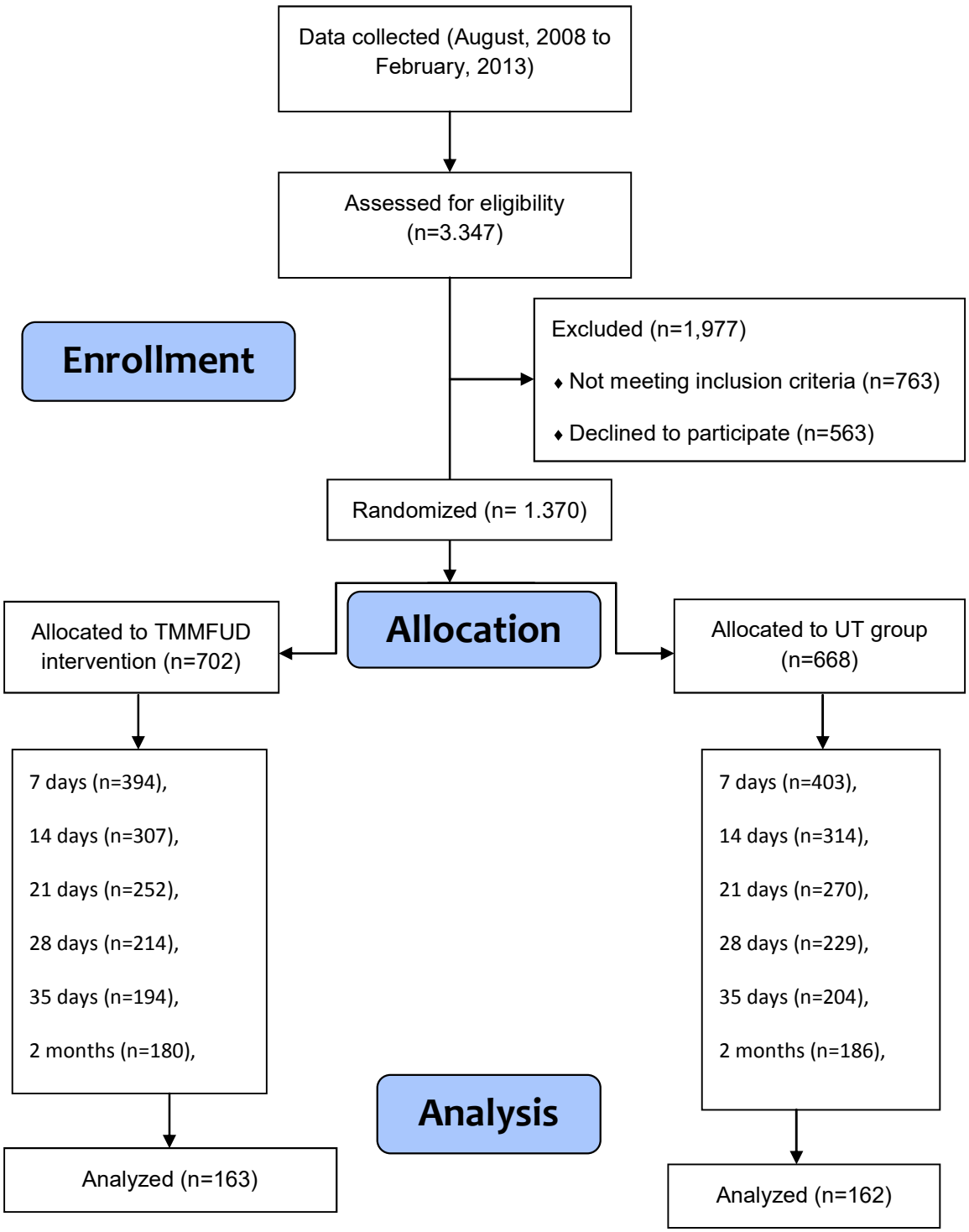


Table 1 - Socio-demographic characteristics, motivational stages of change, and codependency of family members of drug users who completed the 6 months of follow-up compared between the Usual Treatment and TMMFDU groups - First call

Socio-demographic data (n=325)	Usual Treatment (n=163)	TMMFDU (n=162)	P
Kinship			
Mother (n=208) and wife (n=63)	133 (49)	138 (51)	0.554
Others	29 (54)	25 (46)	
Sex of the family member			
Female	148 (50)	149 (50)	1.000
Male	14 (50)	14 (50)	
Sex of drug users			
Male	150 (51)	147 (49)	0.554
Female	12 (43)	16 (57)	
Age of family members			
>41 years	120 (53)	105 (47)	0.071
<40 years	42 (42)	58 (58)	
Marital status			
Married	105 (52)	98 (48)	0.724
Single	55 (49)	57 (51)	
Profession			
Without paid work	64 (51)	62 (49)	1.000
With paid work	94 (51)	90 (49)	

Socio-demographic data (n=325)	Usual Treatment (n=163)	TMMFDU (n=162)	P
Family income			
<5 times the minimum wage	125 (55)	103 (45)	0.022*
>5 times the minimum wage	34 (40)	51 (60)	
Education			
< 8 years	62 (49)	65 (51)	0.647
> 8 years	96 (52)	90 (48)	
Have you sought any help			
No	101 (53)	91 (47)	0.304
Yes	59 (46)	68 (54)	
Motivational stages			
Initial stages	49 (62)	30 (38)	0.904
Final stages	113 (46)	133 (54)	
Codependency			
High (n=220)	113 (51)	107 (49)	0.104
Low (n=105)	49 (47)	56 (53)	

*P≤0.05
Others: fathers, siblings, grandparents, cousins and uncles
Initial stages (pre-contemplation, contemplation and preparation)
Final stages (action and maintenance)
TMMFDU - Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users

Table 2 – Odd ratios for high codependency according to 6 months scores

Socio-demographic data	**6 months of follow-up**			
	High Codependency (n= 79)	Low Codependency (n= 246)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)
Kinship (n=325)			Bivariate	Adjusted
Mother and wife	70 (26)	201 (74)	1.74 (0.81 to 3.74)	1.38 (0.53 to 3.56)
Others	9 (17)	45 (86)	1.0	1.0
Sex of family members (n=325)				
Female	76 (26)	221 (74)	2.86 (0.84 to 9.7)	2.20 (0.53 to 9.08)
Male	3 (11)	25 (89)	1.0	1.0
Sex of users (n=325)				
Male	70 (24)	227 (76)	0.65 (0.28 to 1.5)	0.53 (0.21 to 1.32)
Female	9 (32)	19 (68)	1.0	1.0
Age of family members (n=325)				
> 41 years	52 (23)	173 (77)	0.81 (0.47 to 1.89)	
<40 years	27 (27)	73 (73)	1.0	
Marital Status (n=315)				
Married	50 (25)	153 (75)	1.19 (0.68 to 2.08)	
Single	24 (21)	88 (79)	1.0	
Profession (n=310)				
Without paid work	35 (28)	91 (72)	1,47 (0.87 to 2.50)	1.30 (0.74 to 2.27)
With paid work	38 (21)	146 (79)	1.0	1.0
Family income (n=313)				
<5 times the minimum wage	58 (25)	170 (75)	1,73 (0.90 to 3.30)	1.56 (0.78 to 3.12)
>5 times the minimum wage	14 (16)	71 (84)	1.0	1.0
Education (n=313)				
<8 years	32 (25)	95 (75)	1.15 (0.68 to 1.95)	
>8 years	42 (23)	144 (77)	1.0	

Socio-demographic data	**6 months of follow-up**			
	High Codependency (n= 79)	Low Codependency (n= 246)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)
Have you sought any				
(n=302)				
No	30 (20)	120 (80)	0.75 (0.43 to 1.26)	
Yes	38 (25)	114 (75)	1.0	
Motivational stages (n=325)				
Initial stage	28 (28)	72 (72)	1.32 (0.77 to 2.26)	1.32 (0.73 to 2.37)
Final stage	51 (23)	174 (77)	1.0	1.0
Treatments (n=325)				
Usual	49 (30)	113 (70)	1.92 (1.14 to 3.23)*	2.08 (1.18 to 3.65) *
TMMFDU	30 (18)	133 (82)	1.0	1.0

*P≤0.05

Others: fathers, siblings, grandparents, cousins and uncles
CI 95% - Confidence interval

OR - Odds Ratio
Initial stages (pre-contemplation contemplation and preparation)
Final stages (action and maintenance)

TMMFDU - Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users

Figure 2 – Cox proportional hazard for chance codependent behaviors of family members of drug users in a period of 180 days

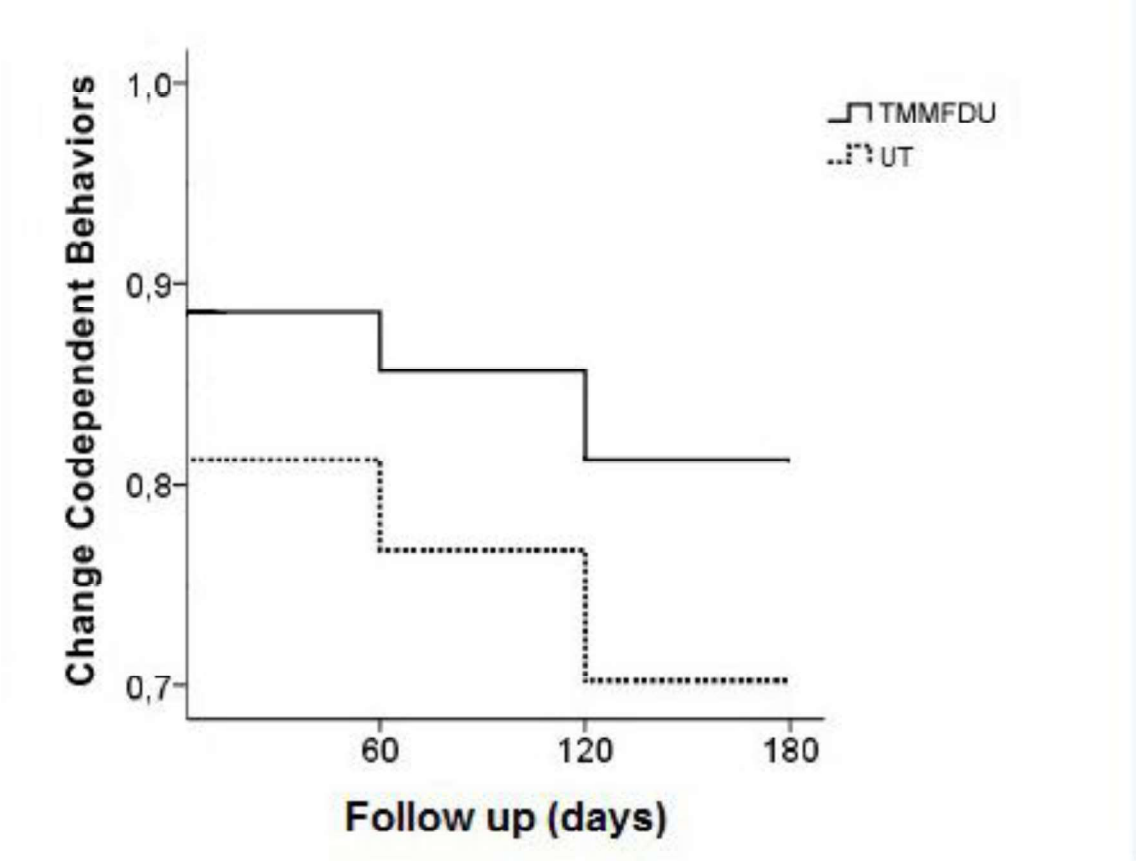


Figure 2 - Cox proportional hazard for change codependent behaviors of family members of drug users in a period of 180 days

References

Alvarez, S.Q., Gomes, G.C., Oliveira, A.M.N, Xavier, D.M. (2012). Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 102-108. Retrieved from http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/24646/19499. DOI: 10.1590/S1983-14472012000200015.

Barros, H. M.T., Santos, V., Mazoni, C., Dantas, D. C. M., Ferigolo, M. (2008). Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. *Drug and Alcohol Dependence*, 98, 270-274. Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2009/helena_maria_barros.pdf. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2008.07.002.

Biener, L., Abrams, D. (1991). The Contemplation Ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology*. 10(5),360-5. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1935872.

Bortolon, C., Machado, C. A. Ferigolo, M., Barros, H. M. T. (2013). Abordagem Motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone: um estudo de caso. *Contextos Clínicos*, 6(2), 157-163. Retrieved from http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2013.62.08. DOI: 10.4013/ctc.2013.62.08.

Bortolon, C.B., Ferigolo, M., Grossi R., Kessler, F.H.P., Barros, H.M.T. (2010). Avaliação das crenças codependentes e dos estágios de mudança em familiares de usuários de drogas em um serviço de teleatendimento. *Revista da AMRIGS*, 54 (4), 432-436. Retrieved from http://www.amrigs.com.br/revista/54-04/013-639_avaliacao_das_crencas.pdf.

Bloch, K.V., Medronho, R.A. (2008). *Epidemiologia*. 2 ed. Editora Atheneu.

Cermak, T.L. (1986). *Diagnosing and treating co-dependency. A guide for professionals who work chemical dependents, their spouses and children*. Minneapolis, MN: Johnson Institute.

Costa, L.F. (2010). A perspectiva sistêmica para a clínica da família. *Psicologia: teoria e pesquisa*. Vol. 26, n. especial, 95-104.

Daire, A. P., Jacobson, L., Carlson, R. (2012). Stocks and Bonds: a metaphorical model for conceptualizing and treating codependency and other forms of emotional overinvesting. *American Journal of Psychotherapy*, 66 (3), 259-278. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23091886.

Dear, G., Robert, C. (2000). The Holyoake Codependency Index: Investigation of the factor structure and psychometric properties. *Psychological Reports*, 87(3 Pt 1), 991-1002. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11191419. DOI: 10.2466/PR0.87.7.991-1002.

Dear, G., Roberts, C. (2005). The Validation of the Holyoake Codependency Index. The *Journal of Psychology*, 139 (4), 293-313 Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16097271.

Denning, P. (2010). Harm reduction therapy with families and friends of people with drug problems. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 1-11. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20049921. DOI: 10.1002/jclp.20671.

Edmundson R., Byrne M., Rankin E. D.(2000). Preliminary outcome data on a model treatment group for codependence. *Alcoholism treatment quartely*, 18(1). Retrieved from http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J020v18n01_06#.U8F6D_ldWT8. DOI: 10.1300/J020v18n01_06.

Fang, L. Schinke, S. P (2013). Two-year outcomes of a randomized, family-based substance use prevention trial for Asian American Adolescent Girls. Psychology of *Addictive Behavior*, Sep 27(3), 788-798. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23276322 . DOI: 10.1037/a0030925.

Faris, S.A.,Cavell, A.T., Fishburne, W.J., Britton, C.P. (2009). Examining motivational interviewing from a client agency perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 65(9), 955-970. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19459196. DOI: 10.1002 jclp20599.

Ferigolo M., Gomez R., Rhoden C.R., Malysz A.S., Arbo E., Barros H.M.T. (2002). Informações sobre substâncias psicoativas por telefone: análise de dez anos de atividades. *Rev AMRIGS*, 46 (3-4), 123-128. Retrieved from http://www.amrigs.com.br/revista/46-03/Informa%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20subst%C3%A2ncias%20psicoativas%20por%20telefone.pdf.

Fernandes, S., Ferigolo, M., Benchaya, M. C., Moreira, T. C., Pierozan, Mazoni, C. G., Barros, H. M. T. (2010). Brief motivational intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana users. *Addictive Behavior*, 35(8), 750-755. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20385444. DOI 10.1016/j.addbeh.2010.03.001.

Lyman, D.R., Braude, L., George, P., Dougherty, R.H., Daniels A.S., Chose, S.S., Delphin-Ritmon, M.E . (2014). Consumer and family psychoeducation: assessing the evidence. *Psychiatric services*, April 65(4). 416-428. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24445678 DOI 10.1176/appi.ps.201300266.

Madigan, K., Egan, P., Brennan, S., Hill, S., Maguire, B., Horgan F.,O`Callaghan. (2012). A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. *European Psychiatric*, 27(4), 281-284. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21334858. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2010.

Mazoni C. G., Fernandes S.P., Sangalli P., Moreira T., Freese L., Ferigolo M., Barros H.M.T. (2008). A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o

tratamento do tabagismo: revisão da literatura. *Estudos de psicologia*, 13(2):133-140 Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/05.pdf.

Miller, W.R; Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing – Helping People Change.* 3rd. ed. The Guilford Press: New York, London.

Moreira, T.C., Figueiró, L.R., Signor, L., Fernandes, S., Bortolon, C.B. Benchaya, M.C., Ferigolo, M., Barros, H.M.T. (2014). Não-adesão em intervenções por telemedicina para usuários de drogas - Revisão Sistemática. *Revista de Saúde Pública (Online)*,48(3):521-531. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/0034-8910-rsp-48-3-0521.pdf DOI10.1590/S0034-8910.2014048005130.

Moreira, T.C, Figueiró, L.R, Fernandes, S, Justo F.M,, Dias I.R., Barros, H.M.T., Ferigolo, M. (2013). Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(7), 1953-62. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23827899. DOI: 10.1590/S1413-81232013000700010.

National Alliance for Caregiving (2009). Caregiving in the U.S. 2009. Retrieved from http://www.caregiving.org/data/caregivin_in_the_US_2009_full_report.pdf

Newton, A.S., Dong, K., Mabood, N., Ata, N., Ali, S., Gokiert, R., Vandameer, B., ...Wild, T.C. (2013). Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs: a systematic review. *PubMed*, 29(5), 673-84. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23640153. DOI: 10.1097/PEC.0b013e31828ed325.

Noriega, G., Ramos L., Medina-Mora, M.E., Villa, A. (2008). Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. *American Journal of orthopsychiatric*, 78(2), 199-210. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18954183. DOI: 10.1037/0002-9432.78.2.199.

Prochaska, J.O., Diclemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 47(9), 1102-1114. Retrieved from http://psycnet.apa.org/journals/amp/47/9/1102/. DOI 10.1037/0003-066X.47.9.1102.

Reiners A.A.O., Azevedo R.C. S., Vieira M. A., Arruda A. L. G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(2), 2299-2306. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900034&script=sci_abstract&tlng=pt. DOI: 10.1590/S1413-81232008000900034.

Sakiyama, H.M.T., Padin, R.M.F.,Canfield, M., Laranjeira, R., Mitsuhiro, S.S. (2015). Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: Who are they? *Drug and alcohol Dependence*, 147, 276-279. Retrieved from http://www.elsevier.com/locate/drugalcdep. DOI 10.1016/j.drugacdep.2014.11030

Signor, L., Pierozan, P., Ferigolo, M., Fernandes, S., Moreira, T.C., Mazoni, C., Barros, H.M.T. (2013). Efficacy of the telefhone-based brief motivational intervention for alcohol problems in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(3), 254-261. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24142086. DOI: 10.1590/1516-4446-2011-0724.

Sim, M.G., Wain T., Khong E. (2009). Influencing behavior change in general practive. Part 1- brief intervention and motivational interviewing. *Australian family physician*, 38(11), 885-8. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19893835.

Smith, A.C., Gray, L.C. (2009). Telemedicine across the ages. *The Medical Journal of Australia*, 190 (12):719. Retrieved from https://www.mja.com.au/journal/2009/190/12/telemedicine-across-ages.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Substance abuse treatment and family therapy. A Treatment Improvement Protocol - TIP 39: Substance abuse treatment and family therapy.* Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.

Vasconcellos, J., Prati, E., L. (2013). Estudo da codependência nas mulheres de usuários de substâncias psicoativas ilícitas. *Colóquio - Revista do Desenvolvimento Regional*, 10, 139-157.

Wegscheider-Cruise, S. (1981). *Another chance: hope and health for the alcoholic family*. Palo Alto, CA: Science and Behavior books.

Yandoli D., Eister I., Robbins C., Mullady G., Daire C. (2002). A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London clinic. 24(4), 402-404. *Journal of family therapy*. Retrieved from http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-6427.00227/full DOI: 10.1111/1467-6427.00227.

4.3 COMPORTAMENTOS PERMISSIVOS EM FAMILIARES DE USUÁRIOS DE DROGAS APÓS ACOMPANHAMENTO POR 6 MESES[2]

Cassandra Borges Bortolon[3]
Taís de Campos Moreira[4]
Luciana Rizzieri Figueiró[5]
Maristela Ferigolo[6]
Helena M.T. Barros[7,8]

Resumo

A família dos usuários de drogas pode apresentar comportamentos permissivos, que tem como característica uma resposta comportamental aprendida, que pode influenciar o consumo de substâncias por meio de reforço positivo e/ou negativo. O objetivo deste estudo foi verificar a mudança de comportamentos permissivos em familiares de usuários de drogas que buscaram ajuda em um serviço de teleatendimento por meio do modelo de teleintervenção fundamentado no método da entrevista motivacional e dos estágios de mudança. Foi realizado um estudo longitudinal, que fez parte de um ensaio clínico randomizado, no qual os familiares foram randomizados para receber dois tipos de intervenções: Modelo de Teleintervenção e Acompanhamento para Familiares de Usuários de Drogas (MTAFUD) ou Tratamento Usual (TU). Estes familiares foram acompanhados por 6 meses por meio de ligações e responderam o questionário de características sociodemográficas e a escala de comportamento permissivo. Foram realizadas análise: descritiva, bivariada e técnica de equações de estimativas generalizadas (GEE). A amostra foi composta de 325 familiares, com média de idade de 45 anos,

[2] Artigo em processo de finalização e que será enviado para tradução no idioma inglês. E para submissão à revista Psicothema.

[3] Psicóloga, doutoranda em Ciências da Saúde pela UFCSPA. Endereço para correspondência: Cassandra Borges Bortolon, Sarmento Leite, 245/ 316. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 900150-070. Telefone/Fax: (051) 3303-8764. Email: cassandra.bortolon@gmail.com.
[4] Fonoaudióloga, Doutora em Ciências da Saúde pela UFCSPA.
[5] Biomédica, doutoranda em Patologia pela UFCSPA.
[6] Farmacêutica-bioquímica, Doutora em Ciências Médicas/UFRGS e Coordenadora do Projeto 132 VIVAVOZ.
[7] Médica, professora titular na UFCSPA e Coordenadora do Projeto 132 VIVAVOZ.

[8] CBB projetou o estudo e escreveu o protocolo. CBB e MF realizaram as pesquisas bibliográficas. CBB, TCM, LRF realizaram as análises estatísticas. CBB, TCM, LRF escreveram o primeiro rascunho do manuscrito e todos os autores contribuíram e aprovaram o manuscrito final.

principalmente mães e cônjuges de usuários de drogas. Os comportamentos permissivos que apresentaram frequências maiores no Tempo 1 (no início do acompanhamento) e Tempo 2 (aos 6 meses) foram ameaças ao marido de separação devido ao uso de substâncias e depois não se separar e ajudar a cuidar do usuário durante a recuperação do consumo. Poucas diferenças foram encontradas nos comportamentos permissivos adotados pelos familiares entre os dois grupos analisados. Os familiares incluídos neste estudo mudaram seus comportamentos permissivos com os usuários de substâncias. A maioria dos comportamentos investigados tiveram sua intensidade diminuída, após 6 meses de acompanhamento, tanto pelo método do TU quanto do MTAFUD. Ambas as modalidades de intervenção foram efetivas para a mudança desses comportamentos.

Palavras-chaves: Relações familiares. Usuários de drogas. Permissividade. Telemedicina.

Abstract

Family of the drug users can exhibit behaviors permissive, who has how feature a behavioral answer learned, that can influence the consumption of substances through positive or negative reinforcement. The objective of this study was one behavior change permissive drug users sought help in family that telemedicine service through tele-intervention model based on the method of motivational interviewing and stages of change. It was conducted a longitudinal study, that was part of randomized clinical trial, in wich family were randomized receive two types of interventions: Tele-intervention Model and Monitoring of Families of Drug Users (TMMFDU) or Usual Treatment (UT). These family accompanied were for six months through calls and responded to the sociodemographic characteristics questionnaire and Behavioral Enabling Scale. Statistical analysis were performed: descriptive analysis, bivariate and Estimates Generalized Equations technique (GEE). The sample was composed of 325 families with average age of 45 years, composed primarily for mothers and spouses of drug users. Permissive behavior that presented greater frequencies there basal rate and 6 months partner threatened user with separation because of the drug use but later didn´t follow through with it and help user caring during recovery to consumption. Few differences were found the permissive behaviors adopted by family between the two groups analyzed. The families included in this study changed permissive behavior with substances your users. Most behaviors investigated had their diminished intensity, after 6 months of follow-up, much well method UT as TMMFDU. Both as intervention procedures were effective for the change these behaviors.

Key words: Family relations. Drug users. Permissiveness. Telemedicine.

Introdução

A convivência da família com Transtornos Relacionados a Substâncias e Adição (TRAS) pode desencadear nos familiares problemas de saúde física e psicológica, sobrecarga emocional e de tarefas, além de autonegligência (BORTOLON et al, 2015), o que repercute no enfraquecimento das relações familiares (ORTH, MORÉ, 2008). A família frequentemente vivencia situações de tensão e estresse acentuado (ARCIDIACONO et al, 2010), como agressões sofridas por parte do familiar usuário e envolvimento com o crime (SELEGHIM et al, 2011).

Em função da interação de diversos fatores, tais como violência intrafamiliar, desgaste emocional e conflitos entre os integrantes da família (BORTOLON et al, 2010), a família pode apresentar comportamentos permissivos (dificuldade na imposição de regras, limites e fazer algo para outra pessoa que ela é capaz de fazer por si própria) diante dos problemas do dia-a-dia enfrentados pelo usuário de substâncias (ROTUNDA; WEST; O`FARREL, 2004). Os comportamentos permissivos têm como característica uma resposta comportamental aprendida, que pode influenciar o consumo de substâncias por meio de reforço positivo e/ou negativo, o que aumenta a probabilidade de consumo no futuro (ROTUNDA et al, 2004). Estudos demonstraram que permissividade em familiares, especialmente nas figuras parentais, pode aumentar o risco de consumo de substâncias pelos demais integrantes da família (BECONA et al, 2013; VELLEMAN; TEMPLETON; COPELLO, 2005).

A participação da família no processo de tratamento dos TRSA tem sido apontado como preditor de desfechos positivos (PAZ; COLOSSI, 2013), apesar da experiência dos profissionais que trabalham com as famílias de que esse envolvimento é difícil (MOREIRA, 2004). Não é fácil para a família compreender que de alguma maneira há a sua implicação na aquisição de problemas, bem como da sua potencialidade para a transformação do funcionamento familiar, que estimulará a melhora da qualidade de vida de todos os familiares (PAZ; COLOSSI, 2013). O acompanhamento da família por parte dos profissionais da saúde pode possibilitar

estratégias eficazes à mudança de comportamentos permissivos frente a problemas com os usuários de substâncias (ORTH; MORÉ, 2008).

Sendo assim, estudos que promovam e avaliem novas modalidades para o enfrentamento dos TRSA tanto para os familiares como para os profissionais que atuam em diferentes níveis de atenção devem ser estimulados (BORTOLON et al, 2010; ORTH; MORÉ, 2013). O objetivo deste estudo foi verificar a mudança de comportamentos permissivos em familiares de usuários de drogas que buscaram ajuda em um serviço de teleatendimento, por meio do modelo de teleintervenção fundamentado no método da entrevista motivacional e dos estágios de mudança.

Método

Delineamento

Foi realizado um estudo longitudinal, que fez parte de um ensaio clinico randomizado por telefone. Por meio de um *software* específico criado pelo Serviço, os familiares foram direcionados para o Modelo de Teleintervenção e Acompanhamento para Familiares de Usuários de Drogas - MTAFUD ou Tratamento Usual - TU (BORTOLON et al, 2013). Esse estudo avaliou como desfecho a mudança de comportamentos codependentes em familiares de usuários de drogas que receberam as duas modalidades de tratamento. Nestes familiares também foram avaliados os comportamentos permissivos ao longo de seis meses, em ambos os grupos, foco do presente estudo.

Em ambos os tratamentos, foi valorizada a necessidade dos familiares receberem ajuda assim como o usuário e a importância da participação da família no tratamento dos TRSA. Em ambos os grupos, o acompanhamento foi semanal nos dois primeiros meses (6 ligações reativas). Depois, retornos bimensais foram realizados até a finalização do acompanhamento em 6 meses (3 ligações). A partir do primeiro contato, o Serviço enviou pelo correio, para o endereço informado pelo familiar, material informativo a respeito de como lidar com o familiar usuário frente a possíveis problemas. Além disso, nessa carta foi informado no primeiro contato com o familiar as datas de ligações de retorno, mediante o aceite do consentimento livre e esclarecido. As modalidades de tratamentos utilizadas no ensaio clinico randomizado foram as seguintes:

MTAFUD - Intervenção fundamentada a partir do Modelo dos Estágios de Mudança (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992) e na Entrevista Motivacional (MILLER; ROLLNICK, 2013) que preconizam estratégias de acordo com o estágio de motivação e a utilização do estilo empático e evocativo para estimular o processo de mudança. Para cada seguimento foi delineado um plano específico para a avaliação dos comportamentos permissivos, reflexão e possível estratégias para a modificação destes. O tempo estimado por ligação para a aplicação desse método foi de 60 minutos.

TU - Modalidade direcionada para informações sobre os TRSA tais como: o que é, efeitos agudos e crônicos das substâncias utilizadas pelo familiar, sintomas de abstinência e a necessidade de tratamento contínuo. Ainda, o reforço para a leitura e discussão sobre o material de biblioterapia. O tempo de duração desta modalidade foi de aproximadamente 20 minutos.

Participantes

Os participantes deste estudo foram familiares de usuários de drogas que ligaram para um serviço de teleatendimento com o objetivo de buscar ajuda frente a problemas de convívio com o seu familiar usuário de substâncias e/ou para solicitar informações a respeito de locais de tratamento para o usuário. Este serviço, chamado de “Ligue 132”, presta auxílio à população brasileira para informações sobre substâncias psicoativas e oferece intervenção motivacional para usuários e familiares de maneira gratuita e sigilosa (MOREIRA et al, 2015).

Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos neste estudo os familiares de usuários de substâncias com idade igual ou superior a 15 anos, que aceitaram participar do estudo e do acompanhamento por meio do consentimento livre e esclarecido. Além disso, os familiares deveriam completar o primeiro atendimento e concluir a escala de comportamento permissivo.

Foram excluídos do estudo os familiares que não aceitaram participar do acompanhamento e/ou começaram e, ao longo do mesmo, desistiram de manter a participação.

Coleta e Treinamento dos Entrevistadores

A coleta de dados e o acompanhamento foram realizados no período de agosto de 2008 a fevereiro de 2013, por alunos de graduação de diferentes áreas da saúde, que foram supervisionados em período integral por profissionais experientes em TRSA, que estavam cursando pós-graduação em nível de mestrado ou doutorado (BARROS et al, 2008). Os consultores receberam treinamento de forma contínua para o atendimento a familiares conforme o MTAFUD e TU e para a aplicação da escala de comportamento permissivo.

A capacitação ocorreu por meio de aulas expositivas sobre as características de familiares que convivem com TRSA, terapia sistêmica, entrevista motivacional, modelo transteórico dos estágios de mudança e aspectos farmacológicos das substâncias e neurociência. Ainda, foram conduzidas discussões de casos clínicos relacionados aos atendimentos do *call Center.*

Instrumentos

Utilizou-se a) *Questionário de características sociodemográficas* - instrumento informatizado para os dados gerais da caracterização dos familiares que incluiu sexo, idade, parentesco com o usuário, estado civil, profissão, renda familiar e grau de escolaridade; b) *Escala de comportamento permissivo - Behavioral Enabling Scale* (ROTUNDA et al, 2004) - consiste em vinte itens que avaliam a frequência dos comportamentos permissivos dos familiares frente aos problemas com o familiar que utiliza substâncias, em um *continuum* (1, nunca; 2, raramente; 3, às vezes; 4, frequentemente; 5, muito frequentemente). Esta escala foi traduzida por pesquisador brasileiro com domínio do idioma inglês e contratraduzida por um nativo inglês com domínio da língua portuguesa para determinar que o conteúdo das perguntas não tinha sido modificado.

Ética

A aprovação ética para o estudo foi concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (parecer consubstanciado n. 339/07).

Análise dos Dados

Inicialmente análises descritivas foram realizadas para descrever a amostra utilizando frequências e porcentagens. Análise da distribuição da frequência de cada comportamento no início e aos seis meses de tratamento foram realizadas pelo teste do Qui quadrado. Para analisar os escores de comportamento permissivo entre os grupos de tratamento em 6 meses, foi utilizada a técnica de equações de estimativas generalizadas (GEE) tomando como função de ligação a distribuição de Poisson (para dados ordinais em contagens) em uma matriz independente (sem assumir efeito de conglomerado) com erros padrões robustos e ajustados pelas medidas basais. As análises estatísticas foram realizadas com o IBM SPSS *Statistics* 19.0 e os valores $p < 0.05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultado

A amostra foi composta por 325 participantes que finalizaram o seguimento de 6 meses. Os familiares que participaram deste estudo foram constituídos predominantemente de mulheres, casadas, com idade média de 45 anos (dp=11), mães (n=208) e cônjuges (n=63) de usuários de drogas. A maioria possuía mais de oito anos de estudo e trabalho remunerado, porém, apresentava baixa renda familiar (Tabela 1). A maior parte dos usuários eram homens (91,4%), com idade média de 27 anos (dp=8), sendo 75% poliusuários de substâncias, em grande parte tabaco, álcool, maconha e cocaína.

Os comportamentos permissivos que apresentaram porcentagens maiores no início do acompanhamento (Tempo 1) e em 6 meses (Tempo 2) foram (Tabela 2): ameaças ao marido de separação devido ao uso de substâncias e depois não se separar (36,5%) e ajudar a cuidar do usuário durante a recuperação do consumo (15%). Os demais comportamentos, com aproximadamente 12%, foram: mentir ou dar desculpas à família ou amigos para esconder o consumo de drogas do familiar; mudar ou cancelar encontros familiares ou atividades sociais porque o seu familiar estava usando drogas ou se recuperando dos seus efeitos; convencer o familiar a ir trabalhar de manhã quando ele estava se recuperando dos efeitos das substâncias, e desculpar-se com os outros devido ao comportamento inadequado do usuário.

Outros comportamentos permissivos apresentaram frequência menor (raramente) como: comprar drogas para o familiar (4%); pagar advogado ou fiança para o usuário sair da prisão (7%); familiar consumir drogas junto com o familiar (8%); dar dinheiro para o familiar comprar drogas (9,5%); assumir tarefas do usuário

porque ele estava consumindo substâncias (10,5%); ter relacionamento íntimo com o marido sob efeito de substâncias (13,5%); pegar dinheiro emprestado para pagar dívidas decorrentes do uso e limpar o usuário após ter passado mal em função do uso (16%); recorrer à polícia e outros profissionais para tirar o usuário de algum problema causado pelo consumo (23%). A maioria dos comportamentos permissivos apresentaram redução estatisticamente significativa na comparação entre a primeira ligação (Tempo 1) e a de 6 meses (Tempo 2), conforme descrito na Tabela 2.

Após a interpretação dos resultados das análises de equações de estimativas generalizadas (GEE) em seis meses (Tabela 3), percebeu-se que, inicialmente, poucas diferenças foram encontradas nos comportamentos permissivos adotados pelos familiares entre os dois grupos: familiares alocados para o grupo MTAFUD relataram comprar drogas para os usuários e assumir suas tarefas mais frequentemente que os familiares do grupo TU. Porém, estes últimos ameaçaram se separar devido ao uso de drogas com mais frequência. Após seis meses de intervenção, essas diferenças deixaram de existir. Por outro lado, os familiares do grupo TU adotaram outros tipos de comportamentos permissivos, como mentir aos outros para esconder o uso de drogas do usuário (p=0,044) e desculpar-se com os outros em função de comportamentos inadequados do usuário decorrentes do uso de drogas (p=0,037). Além disso, observou-se diminuição nas médias no seguimento de 6 meses em quase todos os comportamentos permissivos adotados pelos familiares, porém esses achados não foram estatisticamente significativo.

Discussão

Os familiares incluídos neste estudo mudaram seus comportamentos permissivos com os usuários de substâncias. A maioria dos comportamentos investigados diminuíram a frequencia após 6 meses de acompanhamento tanto, pelo método TU quanto MTAFUD. Ambas as modalidades de intervenção influenciaram para a mudança desses comportamentos; TU, com duração de tempo mínimo e enfoque informativo, e o MTAFUD, com abordagem mais longa e fundamentada nos Estágios de Mudança e Entrevista Motivacional.

Dentre os fatores relacionados a essas mudanças podem ser mencionados o acompanhamento longitudinal e a avaliação dos comportamentos permissivos de forma recorrente, o que faz a pessoa refletir sobre suas demandas (MILLER; ROLLNICK; BUTTLER, 2010). Os tratamentos ressaltaram a necessidade de a

família receber ajuda além do usuário e a importância da sua participação em um acompanhamento (BORTOLON et al, 2013; SAKIYAMA et al, 2015).

A amostra composta por mulheres, especialmente mães e esposas de homens poliusuários de drogas, tem sido comum nos estudos que se dedicam aos familiares de usuários de drogas (BECONA et al, 2013; SAKIYAMA et al, 2015). As mulheres, apesar das exigências crescentes frente a múltiplas tarefas do dia-a-dia, ainda são os pilares das famílias no que se refere a cuidado e responsabilidade pelo bem-estar dos seus integrantes. Com isso, ocorrem agravos adicionais, como sobrecarga emocional e de tarefas, autonegligência, problemas de saúde e déficit na qualidade de vida associados à permissividade (BORTOLON et al, 2015; MOREIRA et al, 2015).

A dificuldade mais frequente em relação à permissividade dos familiares foi comunicar o que não foi possível cumprir, como se separar, especialmente nas esposas. Quando o familiar, frente a problemas decorrentes do consumo de substâncias, não mantém o que havia se proposto a fazer, reforça a ideia de que o comportamento de usar drogas, se for repetido, não terá consequências (CABALLO, 2002; OSÓRIO; DO VALLE, 2012). Desta forma, o familiar perde credibilidade perante si próprio e os demais, em função de estratégias ineficazes para manejar com as dificuldades (LEEMAN et al, 2014).

Outro problema encontrado foi que os familiares ajudam a cuidar do usuário com mal-estar físico e/ou psicológico advindos do consumo. Assim, sobrecarregam-se, degastam-se e autonegligenciam-se (BORTOLON et al, 2015; ARCIDIACONO et al, 2010; VELLEMAN et al, 2002). Familiares de usuários de drogas apresentaram índices inferiores de qualidade de vida quando foram comparados a usuários de substâncias (MOREIRA et al, 2013).

Outro conflito encontrado foi mentir ou desculpar-se para que outras pessoas não saibam do conflito do uso de drogas. É importante considerar que a família passa por determinadas etapas na medida em que convive com o consumo de drogas, entre elas, a preocupação acentuada (PAYÁ; FIGLIE, 2010). Nesta fase, os familiares procuram controlar as consequências do uso de drogas mediante a não comunicação e/ou uso de mentiras, como uma forma de atenuar os efeitos deste problema no seu entorno.

O cancelamento de encontros familiares e/ou sociais em detrimento do usuário foi frequentemente citado, o que reforça a compreensão de que os

familiares, frente aos conflitos dos TRSA na família, abdicam de participar de outros contextos sociais. Consequentemente, esse comportamento pode levar a condutas evitativas e de auto exclusão (DEAR; ROBERTS, 2005), sem que os familiares as identifiquem como prejuízo. Esse achado também foi identificado em outro estudo, no qual não ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre permissividade e o domínio das relações sociais do questionário de qualidade de vida WHOQOL-BREF (MOREIRA et al, 2015).

Outros comportamentos permissivos citados com menor frequência nesta amostra são também prejudiciais tanto para os familiares quanto para os usuários, como por exemplo, comprar ou dar dinheiro para adquirir substâncias ou consumir droga junto com o usuário. Estas condutas de certa forma autorizam o consumo e prejudicam o processo de interrupção do comportamento de risco (LEEMAN et al, 2014). Além disso, estavam diretamente relacionadas a prejuízos financeiros significativos, como gastos judiciais e com empréstimos, para ajudar o usuário a resolver problemas advindos do consumo. Estudo com população semelhante identificou associação entre comportamentos permissivos e sobrecarga emocional com prejuízos financeiros (BORTOLON et al, 2015). Geralmente, ocorre o envolvimento do usuário em atividades ilícitas à aquisição da droga, além de venda de pertences próprio ou da família (SELEGUIM et al, 2011), o que expõe os familiares, de forma involuntária, a contextos policiais e criminais.

Quando o familiar assume tarefas do usuário porque ele estava consumindo substâncias, no qual o usuário é capaz de realizar e deveria ter feito por si próprio, há o estímulo do sentimento de inutilidade, o que contribui para o sentimento de incapacidade, diminuição da autoestima e postura dependente. Ademais, essas características influenciam na diminuição da motivação e contribuem para o retraimento social do usuário (JORGE et al, 2006).

A família pode encontrar dificuldades para acolher o usuário de substâncias frente à recuperação frequentemente por limitações emocionais, de saúde e financeiras, além de problemas na dinâmica familiar para impor limites (PAZ; COLOSSI, 2013), o que caracteriza a permissividade (SCHENKER; MINAYO, 2003, 2004; SELEGUIM; OLIVEIRA, 2013). Assim, a família precisará de recursos adicionais para auxiliar no processo de reabilitação psicossocial do usuário (JORGE et al, 2006).

Entre as limitações, utilizou-se o autorrelato que, nem sempre, é fidedigno. No entanto, estudos com usuários de substâncias apresentam fidedignidade entre o autorrelato e *screening* para avaliação do uso de drogas (KEDZIOR; BADCOCK; MARTIN-IVERSON, 2006). Outro aspecto é da análise das questões da Escala de Comportamentos Permissivos que foram analisadas de forma individual, o que pode ter diminuído a força das associações estatísticas. Pesquisas futuras poderiam estudar essa escala a partir de domínios e ou elementos, isto é, agrupar as questões de acordo com a similaridade. Por exemplo, domínios de sobrecarga de tarefas, problemas financeiros e esconder o consumo de substâncias dos demais, entre outras.

Os serviços de saúde necessitam oferecer orientações para auxiliar na superação dos problemas que as famílias enfrentam nos TRSA (JORGE et al, 2006). Ademais, os profissionais envolvidos com este problema devem incentivar a importância e a participação da família no tratamento (SCHENKER; MINAYO, 2003, 2004).

Conclusão

Este estudo demonstrou mudanças de comportamentos permissivos em familiares que receberam diferentes modalidades de tratamento. Com isso, ressalta-se a necessidade da atenção aos familiares por meio de intervenções direcionadas às mudanças de comportamentos.

Tabela 1 – Características sóciodemográficas dos familiares de usuários de drogas

Características	n(%)
Sexo dos familiares (n=325)	
Feminino	297 (91%)
Masculino	28 (9%)
Idade dos familiares	45 ±11
Parentesco (n=325)	
Mãe	209 (64,3%)
Pai	10(3,1%)
Cônjuge	68(20,9%)
Irmão(ã)	21(6,5%)
Filho(a)	1(0,3%)
Avô(ó)	4(1,2%)
Tio (a)	8(2,5%)
Sobrinho(a)	1(0,3)
Primo (a)	3(0,9)
Estado Civil (n=315)	
Casado/vive com o companheiro	203(65%)
Separado	41(13%)
Solteiro	45(14%)
Viúvo	26(8%)
Renda familiar (n=313)	
1 a 5 salários mínimos	231(74%)
5 a 10 salários mínimos	55(18%)
Mais de 10 salários mínimos	27(8%)

Características	n(%)
Escolaridade	
< 8 anos	127(41%)
> 8 anos	186(59%)
Profissão	
Sem trabalho remunerado	126(41%)
Com trabalho remunerado	184(59%)

Fonte: BORTOLON, 2015.

Tabela 2 - Frequência dos Comportamentos Permissivos - Comparação entre a Primeira ligação (Tempo 1) e a ligação de 6 meses (Tempo 2)

Questões da escala de comportamento permissivo	Momento da avaliação	Nunca	Rara-mente	Às Vezes	Frequente-mente	Muito frequente-mente	p
1- O Sr. (a) deu dinheiro para o seu (familiar) comprar (droga).	Tempo 1 Tempo 2	67% 89,2%	9,5% 5,2%	11,4% 3,7%	7,7% 1,2%	4,4% 0,6%	<0,001*
2- O Sr. (a) comprou (droga) para o seu (familiar).	Tempo 1 Tempo 2	91,7% 88%	4,3% 4,3%	1,8% 3,1%	0,9% 1,2%	1,2% 3,4%	0,835
3- O Sr. (a) assumiu tarefas do seu (familiar) porque este estava usando (droga).	Tempo 1 Tempo 2	66,2% 88,0%	10,5% 4,3%	9,8%, 3,1%	6,8% 1,2%	6,8% 3,4%	0,023*
4- O Sr. (a) mentiu ou deu desculpas à família ou amigos para esconder o consumo de drogas do seu (familiar).	Tempo 1 Tempo 2	45,2% 84,6%	13,5% 7,1%	17,8% 3,7%	12,9% 3,7%	10,5% 0,9%	<0,001*
5- O Sr. (a) usou (droga) junto com seu (familiar) ou em sua presença.	Tempo 1 Tempo 2	83,4% 94,5%	8,0% 3,1%	4,0% 0,6%	2,8% 0,9%	1,8% 0,9%	0,008*
6- O Sr. (a) disse ao seu (familiar) que está tudo bem usar (droga) em alguns dias, em ocasiões familiares especiais ou eventos sociais.	Tempo 1 Tempo 2	90,8% 97,5%	4,0% 1,5%	2,2% 0,9%	2,5% 0%	0,6% 0%	0,030*
7- O Sr. (a) pegou dinheiro emprestado para pagar dívidas causadas pelo uso de drogas do seu (familiar).	Tempo 1 Tempo 2	69,2% 92,9%	15,7% 3,1%	7,7% 2,8%	4,9% 0,3%	2,5% 0,9%	<0,001*
8- O Sr. (a) mudou ou cancelou encontros familiares ou atividades sociais porque o seu (familiar) estava usando (drogas) ou “de ressaca”.	Tempo 1 Tempo 2	45,2% 85,8%	13,5% 6,2%	14,5% 4,0%	12,3% 2,8%	14,5% 1,2%	<0,001*
9- O Sr. (a) teve relacionamento íntimo com o (familiar), quando não queria, porque ele (ela) havia usado (drogas).	Tempo 1 Tempo 2	63,5% 92,1%	13,5% 2,6%	13,5% 2,6%	6,8% 2,6%	2,7% 0,0%	0,016*

Questões da escala de comportamento permissivo	Momento da avaliação	Nunca	Rara-mente	Às Vezes	Frequente-mente	Muito frequente-mente	p
10- O Sr. (a) recorreu a policia, juiz, advogado ou outros profissionais, para tirar o seu (familiar) de algum problema causado pelo uso de (drogas).	Tempo 1 Tempo 2	62,5% 93,5%	22,8% 3,4%	6,2% 2,2%	5,8% 0,6%	2,8% 0,3%	0,052
11- Sr. (a) ameaçou o seu (familiar) de separação devido ao uso de (drogas) mas depois não se separou.	Tempo 1 Tempo 2	13,5% 57,9%	10,8% 9,2%	10,8% 18,4%	36,5% 6,6%	28,4% 7,9%	<0,001*
12- O Sr. (a) pagou advogado ou fiança para o seu (familiar) sair da prisão devido a problemas com (drogas).	Tempo 1 Tempo 2	90,2% 98,5%	7,1% 1,2%	1,2% 0,3%	1,2% 0,0%	0,3% 0,0%	0,274
13- O Sr. (a) ajudou a cuidar do seu (familiar) durante “uma ressaca”.	Tempo 1 Tempo 2	37,8% 86,2%	22,8% 7,4%	13,5% 3,1%	14,8% 1,8%	11,1% 1,5%	<0,001*
14- O Sr.(a) limpou (vômito, urina, etc.) depois que o seu (familiar) passou mal.	Tempo 1 Tempo 2	69,8% 96,3%	16,3% 1,5%	5,5% 1,2%	4,0% 0,3%	4,3% 0,6%	<0,001*
15- O Sr. (a) pediu ou encorajou os seus familiares a ignorar ou não comentar sobre o uso de (drogas) do seu (familiar).	Tempo 1 Tempo 2	71,1% 90,8	7,1% 4,6%	11,4% 3,1%	6,2% 1,5%	4,3% 0,0%	<0,001*
16- O Sr. (a) ajudou a esconder o uso de (drogas) do seu (familiar) de seus superiores e colegas de trabalho.	Tempo 1 Tempo 2	68,9% 84,9%	7,7% 4,3%	7,4% 4,0%	8,0% 0,6%	8,0% 1,2%	<0,001*
17- O Sr. (a) convenceu o seu (familiar) a ir trabalhar de manhã quando ele estava “de ressaca”.	Tempo 1 Tempo 2	48,3% 84,9%	13,2% 7,1%	12,6% 2,5%	12,6% 2,5%	13,2% 3,1%	<0,001*
18- O Sr. (a) se desculpou aos outros devido ao comportamento inadequado do seu (familiar) quando ele estava sob efeito (droga).	Tempo 1 Tempo 2	46,5% 85,2%	20,6% 8,0%	14,8% 3,1%	12,3% 2,5%	5,8% 1,2%	<0,001*

Questões da escala de comportamento permissivo	Momento da avaliação	Nunca	Rara-mente	Às Vezes	Frequente-mente	Muito frequente-mente	p
19- O Sr. (a) reafirmou ao seu (familiar) que seu uso de (drogas) não era tão ruim assim.	Tempo 1 Tempo 2	96,3% 99,4%	2,2% 0,3%	1,5% 0,0%	0,0% 0,3%	0,0% 0,0%	0,71
20- O Sr. (a) mentiu ou contou meia verdade a um médico ou juiz, advogado, conselheiro, policial sobre o uso de (drogas) do seu familiar ou participação dele em programas de tratamento.	Tempo 1 Tempo 2	94,8% 98,2%	3,1% 0,6%	1,2% 1,2%	0,6% 0,0%	0,3% 0,0%	0,779

Fonte: BORTOLON, 2015. Tempo 1: primeira ligação ao Serviço; Tempo 2: ligação de 6 meses.

Tabela 3 – Médias dos comportamentos permissivos na primeira ligação (Tempo 1) e 6 meses (Tempo 2) – Comparação entre os grupos MTAFUD e TU

Questões da escala de comportamento permissivo	**Tempo 1**			**Tempo 2**		
	MTAFUD	**TU**	**P**	**MTAFUD**	**TU**	**P**
1- O Sr. (a) deu dinheiro para o seu (familiar) comprar (droga).	1,81 ± 0,097	1,62 ± 0,086	0,127	1,14 ± 0,037	1,20 ± 0,046	0,293
2- O Sr. (a) comprou (droga) para o seu (familiar).	1,23 ± 0,061	1,08 ± 0,028	0,018	1,10 ± 0,045	1,05 ± 0,023	0,268
3- O Sr. (a) assumiu tarefas do seu (familiar) porque este estava usando (droga).	1,92 ± 0,104	1,63 ± 0,092	0,036*	1,21 ± 0,060	1,33 ± 0,072	0,208
4- O Sr. (a) mentiu ou deu desculpas à família ou amigos para esconder o consumo de drogas do seu (familiar).	2,31 ± 0,115	2,28 ± 0,107	0,854	1,19 ± 0,043	1,35 ± 0,064	0,044*
5- O Sr. (a) usou (droga) junto com seu (familiar) ou em sua presença.	1,40 ± 0,071	1,23 ± 0,057	0,051	1,06 ± 0,022	1,14 ± 0,050	0,132
6- O Sr. (a) disse ao seu (familiar) que está tudo bem usar (droga) em alguns dias, em ocasiões familiares especiais ou eventos sociais.	1,25 ± 0,061	1,12 ± 0,035	0,064	1,04 ± 0,016	1,03 ± 0,015	0,690
7- O Sr. (a) pegou dinheiro mprestado para pagar dívidas causadas pelo uso de drogas do seu (familiar).	1,56 ± 0,079	1,56 ± 0,078	0,980	1,10 ± 0,034	1,14 ± 0,039	0,459
8- O Sr. (a) mudou ou cancelou encontros familiares ou atividades sociais porque o seu (familiar) estava usando (drogas) ou "de ressaca".	2,45 ± 0,122	2,30 ± 0,112	0,361	1,19 ± 0,046	1,33 ± 0,065	0,088

Questões da escala de comportamento permissivo	Tempo 1 MTAFUD	TU	P	Tempo 2 MTAFUD	TU	P
9- O Sr. (a) teve relacionamento íntimo com o (familiar), quando não queria, porque ele (ela) havia usado (drogas).	1,77 ± 0,215	1,81 ± 0,167	0,902	1,15 ± 0,072	1,13 ± 0,088	0,872
10- O Sr. (a) recorreu a policia, juiz, advogado ou outros profissionais, para tirar o seu (familiar) de algum problema causado pelo uso de (drogas).	1,64 ± 0,080	1,64 ± 0,080	0,984	1,09 ± 0,031	1,11 ± 0,037	0,700
11- Sr. (a) ameaçou o seu (familiar) de separação devido ao uso de (drogas) mas depois não se separou.	3,30 ± 0,219	3,90 ± 0,206	0,049*	1,91 ± 0,195	2,02 ± 0,211	0,687
12- O Sr. (a) pagou advogado ou fiança para o seu (familiar) sair da prisão devido a problemas com (drogas).	1,17 ± 0,046	1,12 ± 0,032	0,451	1,03 ± 0,015	1,01 ± 0,006	0,146
13- O Sr. (a) ajudou a cuidar do seu (familiar) durante "uma ressaca"	2,45 ± 0,114	2,32 ± 0,105	0,412	1,23 ± 0,052	1,26 ± 0,056	0,703
14- O Sr.(a) limpou (vômito, urina, etc.) depois que o seu (familiar) passou mal.	1,55 ±0,084	1,58 ± 0,082	0,810	1,04 ± 0,024	1,09 ± 0,031	0,182
15- O Sr. (a) pediu ou encorajou os seus familiares a ignorar ou não comentar sobre o uso de (drogas) do seu (familiar).	1,64 ± 0,089	1,67 ± 0,093	0,786	1,12 ± 0,038	1,16 ± 0,035	0,419

Questões da escala de comportamento permissivo	Tempo 1 MTAFUD	TU	P	Tempo 2 MTAFUD	TU	P
16- O Sr. (a) ajudou a esconder o uso de (drogas) do seu (familiar) de seus superiores e colegas de trabalho.	1,80 ± 0,107	1,77 ± 0,101	0,860	1,15 ± 0,046	1,20 ± 0,044	0,413
17- O Sr. (a) convenceu o seu (familiar) a ir trabalhar de manhã quando ele estava "de ressaca".	2,35 ± 0,117	2,23 ± 0,117	0,486	1,29 ± 0,061	1,31 ± 0,067	0,782
18- O Sr. (a) se desculpou aos outros devido ao comportamento inadequado do seu (familiar) quando o ele estava sob efeito (droga).	2,05 ± 0,101	2,16 ± 0,099	0,430	1,17 ± 0,041	1,33 ± 0,064	0,037*
19- O Sr. (a) reafirmou ao seu (familiar) que seu uso de (drogas) não era tão ruim assim.	1,07 ± 0,026	1,04 ± 0,017	0,329	1,00 ± 0,004	1,02 ± 0,019	0,435
20- O Sr. (a) mentiu ou contou meia verdade a um médico ou juiz, advogado, conselheiro, policial sobre o uso de (drogas) do seu familiar ou participação dele em programas de tratamento.	1,05 ± 0,024	1,12 ± 0,040	0,105	1,02 ± 0,015	1,04 ± 0,021	0,640

Fonte: BORTOLON, 2015. Os dados foram apresentados em média ± erro padrão p≤0,05*. TU: Tratamento Usual; MTAFUD: Modelo de teleintervenção e acompanhamento para familiares de usuários de drogas. Tempo 1: primeira ligação ao Serviço; Tempo 2: ligação de 6 meses.

Referências

ARAGÃO, A.T.M.; MILAGRES, E.; FIGLE, N.B. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. **Psico-USF**, Itatiba, v. 14, p. 117-123, 2009.

ARCIDIACONO, C. et al. Italian families living relatives with alcohol or drugs problems. **Drugs: education, prevention and policy**, n. 17, p. 659-680, dez. 2010.

BARROS, H. M. T. Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. **Drug Alcohol Depend**, n. 98, p. 270-274, 2008.

BECONA, E. et al. Parental permissiveness, control, and drug use among adolescents. **Psicothema**, n. 25, p. 292-298, 2013.

BORTOLON, C., et al. Abordagem Motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone: um estudo de caso. **Contextos Clínicos**, n. 6, p. 157-163, 2013. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2013.62.08.>. Acesso em: 4 ago. 2015.

BORTOLON, C., et al. Avaliação das crenças codependentes e dos estágios de mudança em familiares de usuários de drogas em um serviço de teleatendimento. **Revista da AMRIGS**, n. 54, p. 432-436. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/54-04/013-639_avaliacao_das_crencas.pdf.>. Acesso em: 4 ago. 2015.

BORTOLON, C., et al. Family Functioning and Health Issues Associated with Codependency in Families of Drug Users. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2015. No prelo.

CABALLO, V. **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. São Paulo: Santos, 2002.

DEAR, G.; ROBERTS, C. Validation of the Holyoake Codependency Index. **The Journal of Psychology**, n. 139, p. 293-313, 2005.

JORGE, M.S.B. et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 59, p. 734-9, nov./dez. 2006.

KEDZIOR, K.K.; BADCOCK, J.; MARTIN-IVERSON, M.T. Validity and consistency of self-reports regarding substance use in general research volunteers, including regular cannabis users and schizophrenia patients. **Substance Use & Misuse**, London, v. 41, n. 5, p. 743-750, 2006.

LEEMAN, R.F. et al. Perceived parental permissiveness toward gambling and risky in adolescents. **Journal of Behavioral Addictions**, n. 3, p. 115-123, 2014.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing –** Helping People Change. 3 ed. The Guilford Press: New York, London, 2013.

MILLER, W. R; ROLLNICK S.; BUTLER, C. **Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde.** Ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Moreira, M.S.S. Dependência Familiar. **Revista da SPAGESP** - Sociedade de Psicoterapia Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, n. 5, p. 83-88, 2004.

MOREIRA, T.C. et al. Quality of life in users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed by the WHOQOL-BREF. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.7, p. 1953-1962, 2013.

MOREIRA, T.C. et al. Qualidade de vida e codependência em familiares de usuários de drogas. **Revista Vozes dos Vales**, n. 7, ano IV, v. 5, p. 1-16, 2015.

ORTH, A. P. S.; MORÉ, C. L. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Psicol. Argum**, n. 26, p. 293-303, out./dez. 2008.

OSÓRIO, L; DO VALLE, M. (Org). **Manual de Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N. Abordagem Familiar em Dependência Química. In: FIGLIE, N.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

PAZ, F.M.; COLOSSI, P.M. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, n. 18(4), p. 551-558, out./dez. 2013.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C.; NORCROSS, J.C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, n. 47, p. 1102-1114, 1992.

ROTUNDA. R.; WEST, L.; O'FARRELL, T. Enabling behavior in a clinical sample of alcohol-dependent clients and their partner. **Journal of Substance Abuse Treatment**, n. 26, p. 269-279. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2004.01.007>. Acesso em: 4 ago. 2015.

SAKIYAMA, H.M.T. et al. Family members affected by relative's substance misuse looking for social support: who are they? **Drug and alcohol dependence**, n. 147, p. 276-279, 2015.

SCHENKER, M; MINAYO, M. C. A implicação da família no uso abusivo de drogas. uma revisão crítica. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 8, p. 299-306, 2003.

SCHENKER, M; MINAYO, M. C. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 649- 659, 2004.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 19, set./out. 2011.

SELEGUIM, M. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Influência no ambiente familiar no consumo de crack em usuários. **Acta Paul Enferm**, n. 26, p. 263-268, 2013.

VELLEMAN R.; TEMPLETON L. Family Interventions in Substance Misuse. In: PETERSEN, T.; MCBRIDE, A. (Org.) **Working with Substance Misusers.** Routledge, 2002.

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

5 CONCLUSÃO

Esta tese permitiu o aprofundamento das questões relacionadas aos familiares de usuários de drogas que frequentemente ficam em segundo plano frente às demandas dos Transtornos Relacionados a Substâncias e Adição. Desta forma, desenvolveu-se um Modelo de Teleintervenção e Acompanhamento para Familiares de Usuários de Drogas (MTAFUD) com o objetivo de auxiliar a família a refletir sobre os seus comportamentos frente ao consumo de substâncias do familiar usuário. Ao longo de 6 meses de seguimento foram estimuladas mudanças comportamentais da codependência e permissividade, tendo como suporte teórico o método da Entrevista Motivacional e o modelo dos Estágios de Mudança. Também foi proposto o tratamento usual (TU), fundamentado em informação e biblioterapia.

O MTAFUD mostrou-se efetivo para a diminuição dos escores de codependência em familiares de usuários de drogas. E tanto o TU como o MTAFUD influenciaram para a mudança da maioria dos comportamentos permissivos. Este trabalho propõe para os serviços de saúde e profissionais envolvidos com os TRSA um dispositivo de intervenção acessível e econômico, que mostrou efetividade para o desfecho de mudança comportamental da codependência e influenciou para a mudança da permissividade. Estudos posteriores podem investigar as implicações das mudanças comportamentais da família após o MTAFUD nos usuários de substâncias.

A população estudada apresentou dificuldades para a adesão aos tratamentos propostos, o que ainda sugere a necessidade do fortalecimento de intervenções voltadas para as famílias que, frequentemente, adoecem tanto quanto o usuário de substâncias.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5R)**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

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

BARROWCLOUGH, C. et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorder. **American Journal Psychiatry**, 158, p. 1706-1713, 2001.

BEATTIE, M. **Co-dependent no more**. Center City, MN: Hazelden, 1987.

BISHOF, G. et al. Evaluation of a telephone-based stepped care intervention for alcohol-related disorders: A randomized controlled trial. **Drug and Alcohol Dependence**, 93(3), p. 244−251, 2008.

BLOCH, D. A.; RAMBO, A. O início da terapia familiar: temas e pessoas. In: ELKAÏM, M. (Org.). **Panorama das terapias familiares**. Tradução de: E. C. Heller. v. 1. São Paulo: Summus. p. 17-56. Trabalho original publicado em 1995.

BOARINI, M. L. Refletindo sobre a nova e velha família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, n. esp., p. 1-2, 2003

BORTOLON, C. B. et al. Avaliação das crenças codependentes e dos estágios de mudança em familiares de usuários de drogas que ligaram para um serviço de teleatendimento. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, n. 54, p. 432-436, 2010. Suplemento n. 4.

BORTOLON, C. B. et al. Abordagem Motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone: um estudo de caso. **Contextos Clínicos**, n. 6, p. 157-163, 2013.

BORTOLON, C. B. et al. Family Functioning and Health Issues Associated with Codependency in Families of Drug Users. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2015. No prelo.

BOWEN, M. **Family therapy in clinical practice**. New York: Jason Aronson, 1978.

BOWLBY, John. **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Medicas, 1989.

CABALLO, V. **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. São Paulo: Santos, 2002.

CAPELL-SOWDER, K. On being addicted to the addict. **Focus on the Family and chemical dependency**, n. 7, p. 14-15, 1984.

CARROL, K.; ONKEN, L. Behavioral Therapies for Drug abuse. **American Journal Psyquiatry**, n. 162, p. 1452-1460, 2005.

CERMAK, T. L. **Diagnosing and treating codependence**. Minneapolis: Johnson Institute Books, 1986a.

_____. Diagnostic criteria for codependecy. **Jounal of Psychoactive Drugs**, n. 18, p. 15-20, 1986b.

CHIAUZZI, E.J; LILJEGREN, S. Taboo topics in addiction treatment. An enpirical review of clinical folklore. **Journal of substance abuse treatment**, n. 10, p. 303-316, 1993.

COLÓN, H. M. et al. The validity of drug use responses in a household survey in Puerto Rico: comparison of survey response with urinalysis. **Addictive Behaviors**, n. 35(7), p. 667-672, 2010.

COPELLO, A. et al. **Responding to alcohol and drug problems in the family**: The 5-Step Method. A training handbook for people planing to deliver the 5-step method. The UK Alcohol, Drugs and the Family Research Group. 2 ed. abr. 2011.

CORDER, B.F.; HENDRICKS, A.; CORDER, R.F. Na MMPI study of a group of wives of alcoholics. **Quartely Journal of Studies on Alcohol**, n. 25, p. 551-554, 1964.

COSTA, L. F. A perspectiva sistêmica para a clínica da família. **Psicologia**: teoria e pesquisa, v. 26 (n.especial), p. 95-104, 2010.

CROTHERS, M.; WARREN, L. Parental antecedents of adults codependency. **Journal of Clinical Psychology**, n. 52, p. 231-239, 1996.

DACKIS, C.; O'BRIEN, C. Cocaine dependence: a disease of brain's reward centers. **Journal of Substance Abuse Treatment**, n. 21, p. 111-117, 2001.

DAIRE, A. P.; JACOBSON, L.; CARLSON, R. Stocks and Bonds: a metaphorical model for conceptualizing and treating codependency and other forms of emotional overinvesting. **American Journal of Psychotherapy**, n. 66, p. 259-278, 2012.

DEAR, G., ROBERTS, C. The Holyoake Codependency Index: investigation of the factor structure and psychometric properties. **Psychological Reports**, n. 87, p. 999-1002, 2000.

_____. Validation of the Holyoake Codependency Index. **The Journal of Psychology**, n. 139, p; 293-313, 2005.

_____. The Relationship between Codependency and Femininity and Masculinity. **Sex Roles**, n. 26, p. 159-165, 2002.

DENNING, P. Harm reduction therapy with families and friends of people with drug problems. **Journal of Clinical Psychology**, n. 66, p. 1-11, 2010.

DINIZ, B.M.; COUTO-PEREIRA, N. S.; A Dependência Química pela Abordagem da Biologia. In: BORTOLON, C. B. et al (Org.). **Abordagem Multidisciplinar da Dependência Química**. 1 ed. São Paulo: GEN, 2013.

DOWNER, S. R.; MEARA, J. G.; DA COSTA, A. C. Use of SMS text messaging to improve outpatient attendance. **Med J Aust**, n. 183, p. 366-8, 2005.

DUNN, C.; DERO, L.; RIVARA, F. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. **Addiction**, n. 96, p. 1725-1742, 2001.

FERNANDES, S. et al. Brief motivational intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana users. **Addictive Behavior**, n. 35, p. 750-755, 2010.

FRIEL, J. C.; FRIEL, L. Family stress and recovery. **Focus on Family**, p. 12-14, set./out. 1986.

GERBERT, B. et al. Using innovative video doctor technology in primary care to deliver brief smoking and alcohol intervention. **Health Promot Pract**, n. 4, p. 249-261, jul. 2003.

GIERYMSKI, T.; WILLIAMS, T. Codpendency. **Journal of psychoactive drugs**, n. 18, p. 7-13, 1986.

GÓMEZ, A.; DELGADO, D. La Codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. **Psicothema**, n. 15, p. 381-387, 2003.

HARKNESS, D.; COTRELL, G. The social construction of co-dependency in the treatment of substance abuse. **Journal of Substance Abuse Treatment**, n. 14, p. 473-479, 1997.

HARPER, J.; CAPDEVILLA, C. Codependency: a critique. **Journal of Psychoative Drugs**, n. 22, p. 285-292, 1990.

HIGGINS, S. et al. Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, n. 68, p. 64-72, 2000.

JARMAS, A. L.; KAZAK, A. E. Young adult children of alcoholic fathers: Depressive experiences, coping styles, and family systems. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, n. 60, p. 244-251, 1992.

KAUFMAN, E.; KAUFMAN, P. Family system variables in alcoholism. **Alcoholism**: Clinical and Experimental Research, n. 8, p. 4-8, 1985.

_____. **Family therapy of drug and alcohol abuse**. New York: Gardner Press, 1979.

KOGAN, K.L.; FORDYCE, W.E; JACKSON, J.K. Personality disturbance in wives of alcoholics. **Quarterly journal of studies on alcohol**, n. 24, p. 227-238, 1965.

KRESTAN, J.; BEPKO, C. Codependency: The social reconstruction of female experience. **Smith College Studies in Social Work**, n. 70, p. 216-232.

LANE, C. et al. Measuring adaptations of motivational interviewing the development and validations of the behavior change counseling index (BECCI). **Patient Educ. Couns**, n. 56, p. 166-173, fev. 2005.

LARANJEIRA, R. Levantamento Nacional de Famílias de Dependentes Químicos (Lenad Famílias). 2012. Disponível em: <http://inpad.org.br/_lenad-familia/>. Acesso em: 4 ago. 2015.

LEVY, M. S. A smartphone application to support recovery from alcoholism: a randomized controlled trial. **JAMA, Psyquiatric**, n 1:71, p. 566-572, maio 2014.

LI, L. et al. An intervention to improve mental health and family well-being of infecting drug users and family members in Vietnam. **Psychol. Addict. Behavior**, n. 28, p. 607-613, jun 2014.

MACLELLAN, A. T. et al. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. **JAMA**, n. 284, p. 1689-1695, 2000.

MCCRADY, B. S. et al. Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. **Journal of Studies on Alcohol**, n. 47, p. 459-467, 1986.

MCKAY, J. R. et al. The effectiveness of telephone-based continuing care in the clinical management of alcohol and cocaine use disorders: 12 month outcomes. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, n. 72, p. 967-979, 2004.

MELLODY, P.; MILLER, A. W.; MILLER, J. K. **Facing codependence**: What it is, where it comes from, how it sabotages our lives. São Francisco: Harper & Row, 1989.

MILLER, R. W.; MEYERS, R. J.; TONIGAN, S. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. **Journal of Consulting and Clinical Psycholoy**, n. 67, p. 688-697, 1999.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: preparing people for change.** 2 ed. Nova York: The Guilford Press, 2002.

MILLER, K. J. The codependency concept: does is offer a solution for the spouses of alcoholics? **Journal of substance abuse treatment**, n. 11, p. 339-345, 1994.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S.; BUTLER, C. **Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde. Ajudando pacientes a mudar o comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MINAYO, M.; SHENKER, M. A. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 8, p. 299-308, 2003.

_____. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, 2004.

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

MOREIRA, T. C. et al. Não adesão em intervenções por telemedicina para usuários de drogas: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, n. 48, p. 521-531, 2014.

MOREIRA, T. C. et al. Qualidade de vida e codependência em familiares de usuários de drogas. **Revista Vozes dos Vales**, n. 7, ano IV, v. 5, p. 1-16, 2015.

NORIEGA, G., et al. Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. **American Journal of orthopsychiatric**, n. 78, p. 199-210, 2008.

O' FARREL, T. J.; CUTTER, H. S.; FLOYD, F. J. Evaluation behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. **Behavior Therapy**, n. 16, p. 147-167, 1985.

ORFORD, J. et al. Family members affected by close relative`s addiction: the stress-strain-coping-support-model. **Drugs**: education, prevention and policy, n. 17, p. 36-43, 2010.

OSÓRIO, L.; DO VALLE, M. (Org.). **Manual de Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N. B. Abordagem Familiar em Dependência Química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

PREST, L.; BERSON, M. J.; PROTINSKY, H. O. Family of origin and current relationship influences on codependency. **Fam Proc**, n. 37, p. 513-528, 1998.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. Search of how people change: Applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, v. 47, p. 1102-1113, 1992.

_____. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. **Psychoterapy**: Theory, Research and Practice, v. 19, n.3, p. 276-288, 1982.

RIESSMAN, C. Women and medicalization: a new perspective. **Social policy**, n. 15, p. 3-17, 1983.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R. What is motivational interviewing? **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, n. 23, p. 325-334, 1995.

ROTUNDA, R.; WEST, L.; O'FARREL, T. Enabling behavior in a clinical sample of alcohol-dependent clients an their partner. **Journal of Substance Abuse Treatment**, n. 26, p. 269-279, 2004.

ROUNSAVILLE, B. J.; PETRY, N.; CARROLL, K. Single versus multiple drug focus in substance abuse clinical trials research. **Drug Alcohol Dependency**, n. 7, p. 127-129, 2003.

SAKIYAMA, H. M. T. et al. Family members affected by relative's substance misuse looking for social support: who are they? **Drug and alcohol dependence**, n. 147, p. 276-279, 2015.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 20, p. 649-659, 2004.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 19, set-out 2011.

SHER, K. J. et al. Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. **Journal of Abnormal Psychology**, n. 100, p. 427-448, 1991.

SIGNOR, L. et al. Efficacy of the telephone-based brief motivational intervention for alcohol problems in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 35, p. 254-261, 2013.

SMITH, A. C.; GRAY, L. C. Telemedicine across the ages. **MJA**, n. 190, p. 15-19, 2009.

STEINGLASS, P. Systemic-motivational therapy for substance abuse disorder: an integrative model. **Journal of Family Therapy**, n. 31, p. 155-174, 2009.

SUBBY, R. **Lost in the shuffle**: The co-dependency reality. Pompano Beach: Health Commnications, 1987.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. **Substance abuse treatment and family therapy**. A Treatment Improvement Protocol - TIP 39: Substance abuse treatment and family therapy. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment, 2005.

SZAPOCZNIK, J. et al. Enganging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategie strutural systems approach. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, p. 552-577, 1988.

TEVYAW, T.O.; MONTI, P. M. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. **Addiction**, v. 99, p. 63-75, 2004.

UHLE, M. S. Codependence: contextual variables in the language of social pathology. **Mental Health Nursing**, n. 15, p. 307-317, 1994.

VELLEMAN, R.; TEMPLETON, L. Family Interventions in Substance Misuse. In: PETERSEN, T.; MCBRIDE, A. (Org.) **Working with Substance Misusers**. Routledge, 2002.

WECKOWICZ, T. E. Ludwig Von Bentalanffy (1901-1972): A Pioneer of general systems theory. **University of Alberta Center for Systems Research**, n. 80, 1989.

WEGSCHEIDER-CRUSE, S. **Another chance**: hope and health for the alcoholic family. Palo Alto: Science and Behavior Books, 1981.

_____. **Choice-making for co-dependents, adult children and spirituality seekers**. Pompano Beach: Health Comunications, 1985.

WHALEN, T. Wives of alcoholics: Four types observed in a family service agency. **Quartely Journal of Studies on Alcohol**, n. 14, p. 632-641.

WHITFIELD, C.L. Co-alcoholism: recognizing a treatblae ilness. **Family and Community Health**, n. 7, p. 16-25, 1984.

_____. Codependence: Our most common addiction – some physical, mental, emotional, and spiritual perspectives. **Alcoholism Treatment Quartely**, n. 6, p. 19-36, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2010. **Atlas on Substance use**. Disponível em: <www.who.int/substance_abuse>. Acesso em: 4 ago. 2015.

YANDOLI, D. A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London clinic. **Journal of Family Therapy**, n. 24, p. 402-404, nov. 2002

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFCSPA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO FACULDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PORTO ALEGRE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
APROVADO PELA CARTA Nº 880/2004-CONEP/CNS/MS
RUA SARMENTO LEITE, 245 – FONE: (51) 3224 8822
CEP 90050-170 – PORTO ALEGRE – RS – cep@ffffcmpa.edu.br

Of. 402/07-CEP

Porto Alegre, 08 de fevereiro de 2007.

Ilma. Sra.
Profa. Maristela Ferigolo
Nesta Faculdade

Senhora Professora

Informamos que seu projeto intitulado "Mudança de Comportamento dos Familiares de Usuários de Droga Após Intervenção Breve Motivacional por Telefone.", Processo nº 199/06, foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, na reunião de 08 de fevereiro de 2007, sendo o projeto aprovado, conforme parecer consubstanciado nº 339/07, em anexo.

Outrossim, informamos que de acordo com o Art. 4º, letra c, do Regulamento do CEP, V. Sa. deverá nos encaminhar relatórios semestrais do desenvolvimento do projeto.

Atenciosamente,

Profa. Helena M. Tannhauser Barros
Vice-Coordenador do CEP/FFFCMPA

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Mudança de comportamento dos familiares de usuários após intervenção breve motivacional por telefone.

Pesquisador Responsável Helena Maria Tannhauser Barros — **Parecer nº** 339-06

Data da Versão 09/01/2007 | **Cadastro** 199/06 | **Data do Parecer** 08/02/2007

Grupo e Área Temática Classificação utilizada pela CONEP

Objetivos do Projeto

Geral : investigar a mudança de comportamento codependentes dos familiares de usuários de álcool e/ou drogas ilícitas após intervenção breve motivacional, por telefone.

Específico: - descrever o perfil dos familiares de usuários de substâncias psicoativas que ligarem para o serviço Vivavoz no que tange as características sociodemográficas como sexo, idade, estado civil, profissão, renda familiar e grau de escolaridade; - avaliar comportamento de codependencia nos familiares de usuários, abusadores e farmacodependentes; - verificar a eficácia de intervenção breve motivacional para induzir mudanças no familiar e na redução da codependencia de familiares de usuários de drogas; - estabelecer o estágio de mudança do familiar.

Sumário do Projeto

Delineamento ensaio clínico controlado randomizado, em participantes serão divididos aleatoriamente para formação de grupos controle e intervenção. fator em estudo : IBM (estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando os clientes a explorar e resolver sua ambivalência) para familiares de usuários de alcool e/ou drogas ilicitas.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Outro (citar no comentário)
Outras instituições envolvidas	Sim
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de identificação

vivavoz

Introdução	Adequada

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados

Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 2143 Local
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Outros vínculos de dependênci
Seleção eqüitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada

Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	01/01/2007
Data de término prevista	31/12/2008
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Outras fontes

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Adequadas

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

ANEXO B - NORMAS DA REVISTA JOURNAL OF MENTAL HEALTH

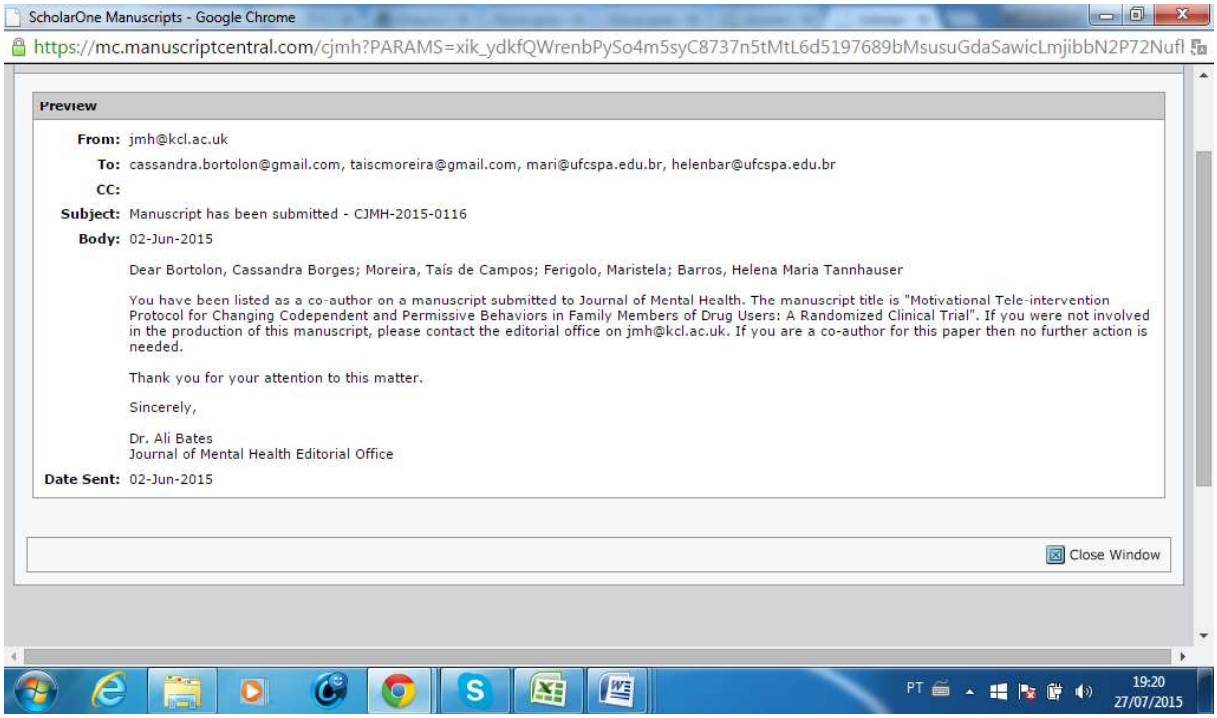
Instructions for Authors

Journal of Mental Heath Instructions for Authors Aims and Scope The Journal of Mental Health is an international forum for the latest research in the mental health field. Reaching over 65 countries, the journal reports on the best in evidence-based practice around the world and provides a channel of communication between the many disciplines involved in mental health research and practice. The journal encourages multi-disciplinary research and welcomes contributions that have involved the users of mental health services. The international editorial team are committed to seeking out excellent work from a range of sources and theoretical perspectives. The journal not only reflects current good practice but also aims to influence policy by reporting on innovations that challenge traditional ways of working. We are committed to publishing high-quality, thought-provoking work that will have a direct impact on service provision and clinical practice. The Journal of Mental Health features original research papers on important developments in the treatment and care in the field of mental health. Theoretical papers, reviews and commentaries are also accepted if they contribute substantially to current knowledge. Submissions All submissions, including book reviews, should be made online at Journal of Mental Health's Manuscript Central site at http://mc.manuscriptcentral.com/cjmh New users should first create an account. Once a user is logged onto the site submissions should be made via the Author Centre. Please note that submissions missing reviewer suggestions are likely to be un-submitted and authors asked to add this information before resubmitting. Authors will be asked to add this information in section 4 of the on-line submission process. Manuscripts will be dealt with by the Executive Editor. It is essential that authors pay attention to the guidelines to avoid unnecessary delays in the evaluation process. The names of authors should not be displayed on figures, tables or footnotes to facilitate blind reviewing. Word Count The total word count for review articles should be no more than 6000 words. Original articles should be no more than a total of 4000 words. We do not include the abstract, tables and references in this word count. However manuscripts are limited to a maximum of 4 tables and 2 figures. Book

Reviews All books for reviewing should be sent directly to Martin Guha, Book Reviews Editor, Information Services & Systems, Institute of Psychiatry, KCL, De Crespigny Park, PO Box 18, London, SE5 8AF. Manuscript Style Manuscripts should be typed double-spaced (including references), with margins of at least 2.5cm (1 inch). The cover page (uploaded separately from the main manuscript) should show the full title of the paper, a short title not exceeding 45 characters (to be used as a running title at the head of each page), the full names, the exact word length of the paper and affiliations of authors and the address where the work was carried out. The corresponding author should be identified, giving full postal address, telephone, fax number and email address if available. To expedite blind reviewing, no other pages in the manuscript should identify the authors. All pages should be numbered. Abstracts: The first page of the main manuscript should also show the title, together with a structured abstract of no more than 200 words, using the following headings: Background, Aims, Method, Results, Conclusions, Declaration of interest. The declaration of interest should acknowledge all financial support and any financial relationship that may pose a conflict of interest. Acknowledgement of individuals should be confined to those who contributed to the article's intellectual or technical content. Keywords: Authors will be asked to submit key words with their article, one taken from the pick-list provided to specify subject of study, and at least one other of their own choice. Text: Follow this order when typing manuscripts: Title, Authors, Affiliations, Abstract, Keywords, Main text, Appendix, References, Figures, Tables. Footnotes should be avoided where possible. The total word count for review articles should be no more than 6000 words. Original articles should be no more than a total of 4000 words. We do not include the abstract, tables and references in this word count. Language should be in the style of the APA (see Publication Manual of the American Psychological Association, Fifth Edition, 2001). Style and References: Manuscripts should be carefully prepared using the aforementioned Publication Manual of the American Psychological Association, and all references listed must be mentioned in the text. Within the text references should be indicated by the author’s name and year of publication in parentheses, e.g. (Hodgson, 1992) or (Grey & Mathews 2000), or if there are more than two authors (Wykes et al ., 1997). Where several references are quoted consecutively, or within a single year, the order should be alphabetical within the text, e.g. (Craig, 1999; Mawson, 1992; Parry & Watts, 1989; Rachman, 1998). If more than one paper from the same author(s) a year are

listed, the date should be followed by (a), (b), etc., e.g. (Marks, 1991a). The reference list should begin on a separate page, in alphabetical order by author (showing the names of all authors), in the following standard forms, capitalisation and punctuation: a) For journal articles (titles of journals should not be abbreviated): Grey, S.J., Price, G. & Mathews, A. (2000). Reduction of anxiety during MR imaging: A controlled trial. Magnetic Resonance Imaging, 18, 351–355. b) For books: Powell, T.J. & Enright, S.J. (1990) Anxiety and Stress management. London: Routledge c) For chapters within multi-authored books: Hodgson, R.J. & Rollnick, S. (1989) More fun less stress: How to survive in research. In G.Parry & F. Watts (Eds.), A Handbook of Skills and Methods in Mental Health Research (pp. 75–89). London:Lawrence Erlbaum. Illustrations: should not be inserted in the text. All photographs, graphs and diagrams should be referred to as 'Figures' and should be numbered consecutively in the text in Arabic numerals (e.g. Figure 3). The appropriate position of each illustration should be indicated in the text. A list of captions for the figures should be submitted on a separate page, or caption should be entered where prompted on submission, and should make interpretation possible without reference to the text. Captions should include keys to symbols. It would help ensure greater accuracy in the reproduction of figures if the values used to generate them were supplied. Tables: should be typed on separate pages and their approximate position in the text should be indicated. Units should appear in parentheses in the column heading but not in the body of the table. Words and numerals should be repeated on successive lines; 'ditto' or 'do' should not be used. Proofs Page proofs are sent to the designated corresponding author. They must be carefully checked and returned within 48 hours of receipt. Please note that in the proof stage, only typographical errors, printer's errors and errors of scientific fact can be corrected. No substantial author's changes will be made. Copyright It is a condition of publication that authors transfer copyright of their articles, including abstracts, to Shadowfax Publishing and Informa Healthcare. Transfer of copyright enables the publishers to ensure full copyright protection and to disseminate the article and journal to the widest possible readership in print and electronic forms.

ANEXO C - DECLARAÇÃO DE ENVIO DO ARTIGO À REVISTA JOURNAL OF MENTAL HEALTH



ANEXO D - NORMAS DA REVISTA SUBSTANCE USE AND MISUSE

Instructions for Authors

All papers should be submitted online - http://mc.manuscriptcentral.com/lsum. Hard copies are not permitted. Text files should be submitted as Microsoft Word files. All tables, figures and supplementary materials should be submitted as separate individual digital files.

Substance Use and Misuse conducts a double-blind review process. Authors should be sure NOT to include any identifying information in the body of their work (including tables and figures). All identifying information will be asked for during the submission process and will be kept confidential. Any manuscripts containing identifying information will be returned to the Authors.

English Language Usage: All submissions to SUM must conform to standard professional and technical English language usage. Especially for authors whose first language is not English, manuscripts should be copy-edited by a professional copy editor proficient in professional/technical English usage. In some cases it may be advisable for an author to write the paper in his/her first language and then send it to a professional translator proficient in professional/technical English usage. Non-conforming submissions will need to be returned to the author which will delay the review process.

Page length: A maximum of 5000 words for articles and 1500 words for brief research reports, not including references, tables and figures. All parts of the manuscript should be typewritten, double-spaced, 12 point font, with margins of one inch on all sides. Number manuscript pages consecutively throughout the paper.

Authors should also supply a shortened version of the title suitable for the running head, not exceeding 50 character spaces. A list of 5-10 key words must also accompany the manuscript, as well as a glossary, containing a list of brief scientific definitions of key terms and concepts.

Each original research article should be summarized in an abstract of not more than 250 words, containing the following headings (as underlined) within the abstract: **Background**; **Objectives**; **Methods** (design, setting, participants, year of data collection, total sample size, measures, data analysis techniques); **Results**; **Conclusions/Importance**. Each other type of article should have the following headings in the abstract: Background; Objectives; Methods; Results; Conclusions/Importance. Avoid abbreviations, diagrams, and reference to the text in the abstract.

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

All **ACCEPTED** manuscripts are required to provide a high resolution photograph and short biography (not more than 100 words) of each contributing author. See current articles for examples.

Commitment to review: Publication of an article in SUM requires each author of the article to commit to writing a critical review of one manuscript submitted

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

Submission of manuscripts for special issues of SUM: There may be additional or different requirements for such manuscripts, which will be communicated to authors in the Call for Papers or after submission.

Footnotes: Use sparingly if at all. Number all text footnotes consecutively throughout the manuscript and compile them on a separate page at the end of the manuscript.

Each manuscript must be accompanied by a statement that it has not been published elsewhere and that it has not been submitted simultaneously for publication elsewhere. Substance Use & Misuse follows the guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors, which generally prohibits duplicate publication(http://www.icmje.org/publishing_4overlap.html). It is also the responsibility of the lead or corresponding author to indicate on the manuscript title page whether a commercial relationship existed in the form of financial support or personal financial interest. Financial support includes support from a for-profit company in the form of research funding. Personal financial interest includes company investments (other than mutual or retirement funds) and employee or competing company business interests that are the subject matter of the authors' paper, products that the author(s) invented/developed that are the subject matter of the article or competition of the subject matter, and gifts in kind, honoraria, or travel reimbursement valued at $1000 in the last 12 months from a company or competing company that provides a product or service that is the topic of your article. Authors are responsible for obtaining permission to reproduce copyrighted material from other sources and are required to sign an agreement for the transfer of copyright to the publisher.

Declaration of interest:

It is the policy of all Informa Healthcare, to adhere in principle to the Conflict of Interest policy recommended by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). (http://www.icmje.org/index.html#conflict)

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. It is the sole responsibility of authors to disclose any affiliation with any organization with a financial interest, direct or indirect, in the subject matter or materials discussed in the manuscript (such as consultancies, employment, paid expert testimony, honoraria, speakers bureaus, retainers, stock options or ownership, patents or patent applications or travel grants) that may affect the conduct or reporting of the work submitted. All sources of funding for research are to be explicitly stated. If uncertain as to what might be considered a potential conflict of interest, authors should err on the side of full disclosure.

All submissions to the journal must include full disclosure of all relationships that could be viewed as presenting a potential conflict of interest. If there are no conflicts of interest, authors should state that there are none. This must be stated at the point of submission (within the manuscript after the main text under a subheading "Declaration of interest" and where available within the appropriate field on the journal's Manuscript Central site). This may be made available to reviewers and will appear in the published article at the discretion of the Editors or Publisher.

If no conflict is declared, the following statement will be attached to all articles:

Declaration of interest: The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

The intent of this policy is not to prevent authors with these relationships from publishing work, but rather to adopt transparency such that readers can make objective judgments on conclusions drawn.

References

Cite in the text by author and date (Smith, 1983). **Prepare reference list in accordance with the APA Publication Manual, 6th ed**.

Illustrations

Illustrations submitted (line drawings, halftones, photos, photomicrographs, etc.) should be submitted as separate digital files following these guidelines: 300 dpi or higher Sized to fit on journal page EPS, TIFF, or PSD format only Submitted as separate files, not embedded in text files

Color illustrations will be considered for publication; however, the author will be required to bear the full cost involved in their printing and publication. A quote will be provided for color art. Good-quality color prints should be provided in their final size. Figures submitted in color will appear online in color, free of charge. The publisher has the right to refuse publication of color prints deemed unacceptable.

Tables and Figures

Tables and figures (illustrations) should not be embedded in the text, but should be included as separate files. A short descriptive title should appear above each table with a clear legend and any footnotes suitably identified below. All units must be included. Figures should be completely labeled, taking into account necessary size reduction. Captions should be typed, double-spaced, on a separate sheet. All original figures should be clearly marked in pencil on the reverse side with the number, author's name, and top edge indicated.

CrossCheck

Please note that your paper may be sent to CrossCheck for a plagiarism check. Click here for more information.

Read More: http://informahealthcare.com/page/sum/Description

ANEXO E - RESPOSTA DA REVISTA JOURNAL SUBSTANCE USE AND MISUSE E DOS AUTORES AOS REVISORES

Author Response for questions the revisers at Journal Substance Use and Misuse:

Ref: Six-month Outcomes of a Randomized Motivational Tele-intervention for Changing Codependent Behavior of Family Members of Drug Users

Your article has been reviewed. Following is the review:

Reviewer: 1

Comments to the Author

Well written article on an important issue, especially because it proposed to test an intervention on subjects of very importance in Brazilian scenario and, it seems, through a low-cost, easy to apply approach.

Introduction

In the introduction, line 9 – mentions "husbands", but the study was not directed to the wives or mothers. The suggestion is to mention that most families consist of women, before orienting the work in this direction.

Author Response: Page number: 1, Paragraph:1 (introduction) “most families”

Methodology

In the methodology section - ethical aspects, I think there's a matter that should be discussed because it may be a bias. The authors mention that "those who completed the session in their first contact and understood what was asked in the codependency assessment and motivational stage scales were included"- it is possible that those who did not understand have more difficulties (whether cognitive, emotional, educational or psychiatric).

Author Response: Page number: 10 and 11 Paragraph: 6 (discussion) “A possible limitation in this study may be the fact that the initial enrollment in the study

relied on the comprehension of what was being asked both in the codependency assessment and stage of change scales. Those who did not show minimal cognitive, educational or emotional ability/capability/conditions are not represented in this study. Also, a further study with equal numbers of male and female family member might bring about any gender difference that was not detected in this study."

Altogether, the methods are well described, so as the flow and the design of the study.

On page 4 the authors report that "the calls were mostly made by family members or proactively when the family did not return…". Could be interesting to describe how many of each?

Author Response: This phrase was deleted, because the call occurred similarly in both proactive (48%) and reactive (52%) following 6 months. This has been verified and corrected.

Page number: 8 Paragraph: 5 (Results) "The calls were by family members proactively (48%) and 52% reactive following 6 months."

In procedures was included information on how many proactive calls were made to the family.

Page number: 5 Paragraph: 5 (Procedures) "The proactive attempts for contact were made in, at least, 5 occasions, in different weekdays, including weekends, and in different times of the day, in the morning, afternoon or night."

This can also be another indicator to be controlled or discussed, it is possible that the most severely co-dependent families were less proactive in returning phone calls (or vice versa). In fact is interesting to know whether the number of returns calls is similar between the different groups intervention and the usual treatment the family members were also sought proactively when not returned.

Author Response: Page number: 8 Paragraph: 5 (Results) "There was no statistically significant difference in both proactive and reactive calls between the treatment modality when compared with high and low codependency at 6 months of follow-up (p=0.059)."

Statistical Analyzes

About statistical analyzes would be interesting to include in logistic regression analysis the "age of family members", as it gave different outcomes between groups and can have an impact if the statistical power is not large enough to

include this variable. I suggest, at very least, to discuss the possible impact of this aspect in changing the co-dependence and results between groups.

Author Response: Included variable age of family members in multivariate analyzes with others variables. After this analyzes altered in the p value of the variable treatment modality (p=0.007). Number page: 8 Paragraph: 4 (results) “(p=0.007)”.

When revised p value “age of family members” was identified that the p value was 0.071, and then the asterisk in the Table 1 has been removed. Due to correction of this data there is no need for discussion.

Results:

My suggestion is to place p value for all variables in table 1.

Author Response: Inclued and when was revised p value “age of family members” was identified that the p value was 0.071, and then the asterisk in the Table 1 has been removed.

Discussion:

The authors wrote about "women whose children or husbands” it would be interesting to know how many were mothers and how many wives.

Author Response: In table 1 inclued “Mothers n= 208 and wives n=63”.

Another question is: why keep the other members of the family?

Author Response: The study was planned for either men or women, because we do have about 9% of men who are worried with their children or with significant one.

Since, it seems, the aspect that make them not be significant as regards the interventions is the "n". I think the authors could only focus on a study of female family members, or at least keep only them in bivariate and multivariate analyzes because, as the literature shows, they are the majority.

Author Response: Why keep men in the multivariate analysis? a) because there was no difference between men versus women in the bivariate analyzes b) it reached 0.2 c) and in the result it showed that ≥ 0,05 meaning that it is not a confounder in the final result of the effectiveness of the intervention.

Page number: 10 Paragraph: 6 (discussion - limitation). “Also, a further study with equal numbers of male and female family member might bring about any gender difference that was not detected in this study.”

Another option is, if the hypothesis is that the significance of the male members of the family, as regards the effectiveness of the intervention, occurs for reasons other than the power of the study, this should be raised and discussed in the discussion.

Page number: 10 Paragraph: 6 (discussion - limitation). “Also, a further study with equal numbers of male and female family member might bring about any gender difference that was not detected in this study”.

I missed in the discussion section what aspects of the chosen intervention, compared to usual care, impacts and reduces co-dependency.

Author Response: Page number: 10 Paragraph: 4 (discussion). “The follow-up calls with a specific goal, to stimulate the family members in process of change, so the TMMFDU as a whole that produced the change. Study has shown that psychoeducation influences in improving family in relation in strategies for dealing with drug users (Lyman, et al., 2014), so as she was chosen at Usual Treatment modality.” And Page number: 12 Paragraph: 1 (Conclusion). “The follow-up calls with a specific goal, to stimulate the family members in process of change, so the TMMFDU as a whole that produced the change.”

In other words, when controlling for multivariate age of the family, to discuss how this aspect can impact, since the bivariate pointed distinct between the groups.

Author Response: When was revised p value “age of family members” was identified that the p value was 0.071, and then the asterisk in the table has been removed. Due to correction of this data there is no need for discussion.

Reviewer: 2

Comments to the Author

The manuscript is well written, and the topic chosen by the authors, namely Motivational Tele-intervention for Changing Codependent Behavior of Family Members of Drug Users, is relevant. Specifically “Changing Behavior” has been the object of a great deal of attention in Brazil and around the world, especially in Family Members of Drug Users, which have high prevalence disruptive behaviors. The proposed intervention is brief, collaborative, original and innovative and should be more explored in the future. The study seems to be well conducted. However, I think results should be presented in a better way and deeply discussed. I will point some comments below in order to improve the manuscript to be published:

The introduction is clear and well organized. The authors could comment the controversial issues related to codependency constructs.

Author Response: We are aware that there is a controversy regarding the concept of codependency and regarding the origin of term, the subsequent categorization as a disease in the DSM III and after that scientific advance in this area. But we prefer in this article does not address this aspect for not being the focus of the study.

I would prefer to read the Study Design in the beginning of methods and Ethics in the end.

Author Response: Modified. Number page: 6 Paragraph: 1 (procedures - Ethics)

I think authors should cite or include Fig. 1 (Flowchart) in the begging of methods section when they write about sample.

Author Response: Modified. Page Number: 4 Paragraph: 2 (procedures)

They could also explain deeply the sampling procedure (ex. period of data colletion) and exclusion criteria.

Author Response: Page number: 4 Paragraph: 1, 2 (sampling procedure – data collection). Was included in the sampling procedure more detailed information such as:

"Codependency does not, usually, provoke medical or psychological consultation. The Brazilian National Information and Intervention for Substance Abuse is a telemedicine service that offers counseling, brief motivational intervention to drug abusers and general information on drug abuse to the community. Many family members of drug users call the toll-free number to receive counseling and information on how to deal with the loved one who is a problem substance user or to request information about treatment centers were to take their family members. The toll-free number is advertised nationwide in the internet and through radio and television broadcast. Subjects aged at least 15 years old, who called the telemedicine phone number regarding a family member who abused alcohol or illicit drugs were therefore recruited from the Brazilian general population from August 2008 to September 2012."

"… of all five Brazilian regions"… "Parents, siblings, descendants, second- and third-degree relatives and spouses who voluntarily called the toll-free number were invited to participate in this study".

Author Response: Page number: 4 and 5 Paragraph: 2 (sampling procedure – exclusion criteria). Was included in exclusion criteria more detailed information such as:

The sample selection excluded families … "individuals under 15 years of age, … and individuals who lacked the cognitive ability to answer the questionnaires".

In page 7, I suggest substituting "Sex" and "Sexes" with Gender.

Author Response: Modified. Page number: 5 Paragraph: 1 (instruments)

The main results which would be the codependent behaviors are not presented in the manuscript. I'm very curious about it. What kind of codependency behaviors was more prevalent and which one has changed? Which kind of intervention (motivational micro-skills) were more powerful? For what kind of behavior?

Author response: Page number:11 Paragraph:7 (discussion- limitation). "Other limitation is the power of the sample was not calculated for the separation of codependency elements but to the overall score of codependency. Future studies should examine this issue."

Page number: 8 Paragraph: 4 (Results) "Statistically significant difference change was observed only in codependency scores after 6 months of follow-up when comparing treatment modalities and high and low codependency".

Page number: 12. Paragraph: 1 (conclusion) "The follow-up calls with a specific goal, to stimulate the family members in process of change, so the TMMFDU as a whole that produced the change."

The statistical analyzes was included the information:

Page number: 6. Paragraph: 3 "Bivariate analyses… "for eight phone calls were scheduled as follows: 7^{th}, 14^{th}, 21^{st}, 28^{th}, 35^{th} days, 2, 4, and 6 months".

In Table 1, authors could include the number of subjects (n) in each group, and explain (maybe in the text) who are the "others".

Author Response: Included the number of subjects (n) in each group in Table 1. And explain who are the “others” at legend in Table 1 and 2. “Others: fathers, siblings, grandparents, cousins and uncles.”

In Table 2, it is not clear who were the people that were high or low at Intake. I think the information of this table is not relevant this way. Results could compare intake and follow-up, especially regarding codependent behaviors besides demographic variables. Finally, it is not clear what kind of family members have changed 6 months later and in which way.

Author Response: This study conducted bivariate analyzes between the variables, ‘have you sought any help’, ‘motivacional stages and ‘treatmet’ with high and low codependency (outcome), as is known, in studies design at randomized clinical trial.

I suggest the authors include the number of subjects (n) in each of the groups (high and low).

Author Response: It includes the number of subjects with high and low of codependency the first call (Table 1) and at follow up at 6 months (Table 2).

Figure 2 is very interesting but it causes an impression in the reader that the Usual Treatment has lowered codependency than TMMFDU. We can’t see the proportion UT begins (intake). The repeated number (proportions) also confounds the reader. It can be designed in a more intuitive way.

Author Response: I changed the picture. I took the repeated numbers of the y axis and changed the arrangement of lines. And y axis changed for “Change Codependency Behaviors. It was still confused, I suggest delete the Figure 2 and leave only the description in results.

In discussion section, authors could explore the implications of having more families in the final stages and if the ones with lower codependent levels are more suitable for changing.

Author Response: Page number: 9 paragraph: 1(discussion) “ In the final stages of change the family are facing the demands of treatment and thus more susceptible to change codependent behaviors (Miller & Rollnick, 2013) and individual

change favors the family change and vice versa (Costa, 2010).”

What could be the implications for the main result of the study of those who sought treatment during the clinical trial?

Author Response: It was conducted another analysis of the variables “have you sought any help” with high and low codependency” at follow-up at 6 months. Because, I checked inconsistency in the first analyzed.

The wrote in results:

Page number: 7 paragraph: 2. “There was a 10% increase in search of ‘have you sought any help’ the clinical trial begin of family at the final monitoring, which showed no statistically significant difference between treatment modality (p = 0.819). Similarly, as a comparison between the high and low codependency statistically significant difference in ‘have you sought any help’ after 6 months of follow-up (p = 0.336). It has been shown to seek other help during the monitoring did not affect the main result of the study”.

What are the implications for the main result of the study of the more prevalent participation of mothers and wives?

Author Response: The wrote in discussion:

Page number: 10 Paragraph: 3 “The implications for the main result of the study of the more prevalent participation of mothers and wives are that the study is limited to the sample that was studied. As is known, in others studies the majority of the participants that sought help to deal with a substance misusing relative were women (Noriega et al., 2008; Sakiyama et al., 2015) and many other mental health illness and chronic diseases tend to be more assisted by female caregivers than male ones (National Alliance for Caregiving, 2009).”

Were they more prone to changing behavior?

Author Response: No. It was an aspect of prevalence. For it is common for women to seek and request further assistance in health services in general and in places for the treatment of chemical dependency are also mainly women and the most common kinship is mothers and wives (Sakiyana et al., 2015, Noriega et al., 2008).

Is it because the intervention was developed and validated for this population? Author Response: No.

Is this a limitation of the study?

Author Response: Yes.

It include the discussion: Page number: 10 Paragraph: 6 .“Also, a further study with equal numbers of male and female family member might bring about any gender difference that was not detected in this study.”

Please - SEE manuscript and tables and figures revised at 07_05_2015 in FILE UPLOAD

Thank you, Cassandra Borges Bortolon

Decision: This paper can be revised and resubmitted for a re-review.

In resubmitting please include a log of the revisions which you have made in response to the reviewer and editor (if any) requests. This means: copy each criticism made in each review, state or summarize how you have responded to it, and indicate where the change appears in the manuscript (page number and paragraph). Paste all this in the "Author Response" window, not a separate letter. (There is no limit on text.) If you decided not to make a change in response to any point, explain why.

Any correspondence about your article, including queries, clarifications, as well as uploading requested materials is to be done ONLY into the MC (ScholarOne) system and not to the editor's gmail so that it is properly monitored. Please include your LSUM ID.

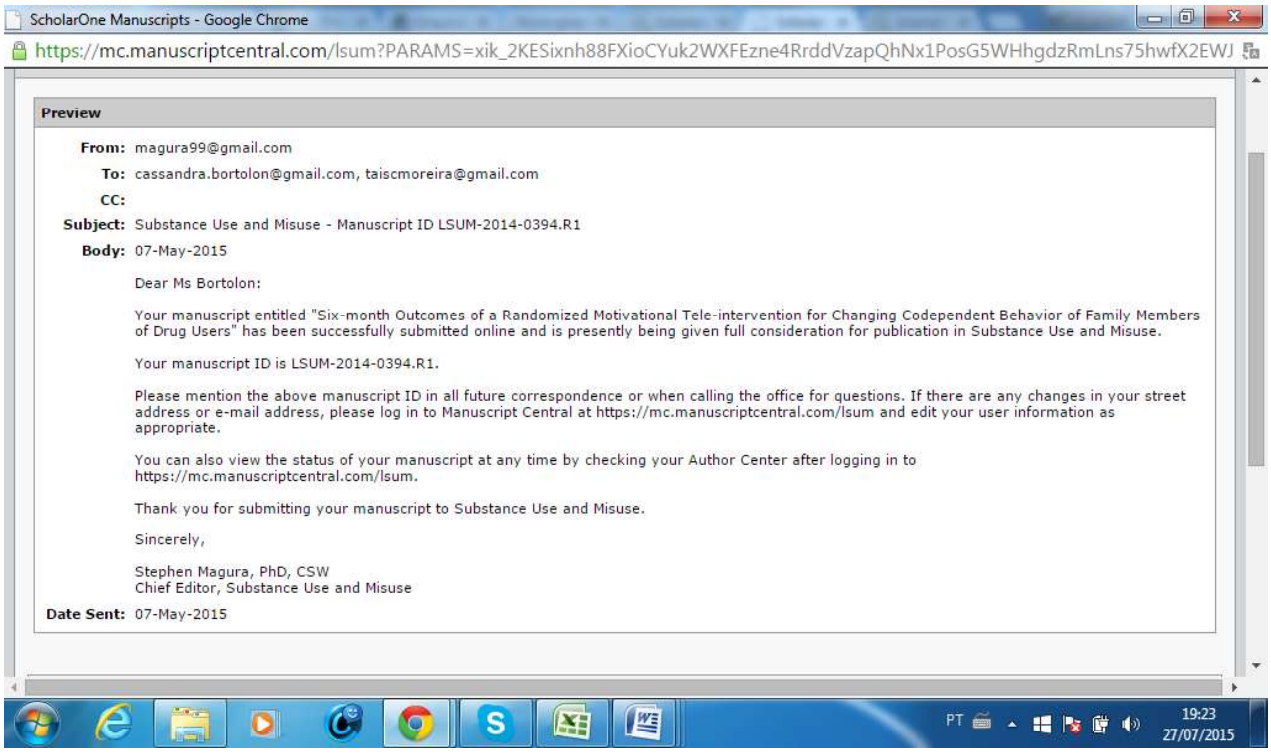
_____

Thank you for considering Substance Use and Misuse as a forum for sharing your work.

Sincerely,

Stephen Magura, Ph.D.
Editor-in-Chief
Substance Use and Misuse Editorial Office
magura99@gmail.com
Associate Editor
Comments to the Author:
(There are no comments.)

ANEXO F - DECLARAÇÃO DO ENVIO DE ARTIGO À SUBSTANCE USE AND MISUSE EDITORIAL OFFICE



ScholarOne Manuscripts - Google Chrome

https://mc.manuscriptcentral.com/lsum?PARAMS=xik_2KESixnh88FXioCYuk2WXFEzne4RrddVzapQhNx1PosG5WHhgdzRmLns75hwfX2EWJ

Preview

From: magura99@gmail.com

To: cassandra.bortolon@gmail.com, taiscmoreira@gmail.com

CC:

Subject: Substance Use and Misuse - Manuscript ID LSUM-2014-0394.R1

Body: 07-May-2015

Dear Ms Bortolon:

Your manuscript entitled "Six-month Outcomes of a Randomized Motivational Tele-intervention for Changing Codependent Behavior of Family Members of Drug Users" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Substance Use and Misuse.

Your manuscript ID is LSUM-2014-0394.R1.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at https://mc.manuscriptcentral.com/lsum and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to https://mc.manuscriptcentral.com/lsum.

Thank you for submitting your manuscript to Substance Use and Misuse.

Sincerely,

Stephen Magura, PhD, CSW
Chief Editor, Substance Use and Misuse

Date Sent: 07-May-2015

PT 19:23 27/07/2015

ANEXO G - NORMAS DA REVISTA PSICOTHEMA

1. Psicothema publishes works of an empirical nature, in English, that are carried out with methodological rigour and which make a contribution to the advance of any field of scientific psychology. Exceptionally, the Editorial Board will accept the publication of a work in Spanish if the content justifies this decision. It also accepts works of a theoretical nature (previously proposed or requested by the Editorial Committee), giving preference to those that deal with critical research issues and discuss controversial approaches. Furthermore, interdisciplinarity is one of the journal's prime concerns.

2. Articles must be unpublished. Psicothema shall not accept any work that has been totally or partially published elsewhere, nor those that are in the process of publication or have been presented for review by another journal. It is assumed that all those who appear as authors and those named as responsible for correspondence have given their consent.

3. Articles must be in Word and have a maximum length of 5,000 words (including title, abstract, references, figures, tables, appendices and illustrations). Manuscripts must be double-spaced, with 3 cm margins and page numbers at top right. On the first page, for purposes of anonymity, only the title and the total number of words will appear, and not the authors' names. Authors must try to avoid including in the text any clues to their identity. The second page must include an abstract, in English and Spanish, of not more than 200 words. The abstract should be structured into the following sections: Background, Method, Results and Conclusions.

Figures and tables must be included at the end of the manuscript, one per page. They should be composed by the authors in the form they wish them to appear, and should be numbered appropriately. Their position in the text should be indicated. Their base must measure 7 or 14 cm, and the letters and symbols that appear in them must be clear. Blank spaces should be avoided, making as economical use as possible of the space available. The criterion for calculating the approximate space occupied by tables and figures is as follows: two figures of 14 x 20 cm are equivalent to a printed page of Psicothema and three pages of double-spaced text. In the case of photographs, they must have a base of 7 or 14 cm and a maximum height of 20 cm.

All manuscripts will be reviewed anonymously. Authors should suggest three possible reviewers they consider suitable for reviewing their work, clearly indicating their postal address and e-mail. Likewise, authors may indicate the names of people whom, for whatever reason, they do not wish to be involved in the review process.

4. Manuscripts should adhere to the publication norms of the APA (Publication Manual of the American Psychological Association, 5th or 6th edition). Below we summarize the most important of these requirements and mention some further ones.

Bibliographical references within the text should give author's surname and year of publication (in brackets and separated by a comma). If the author's name forms part of the narrative it should be followed in brackets by the year of publication. If there are only two authors both should be cited in all cases. In cases of more than two but less than six authors, all should be cited the first time, and on all subsequent occasions only the name of the first author followed by "et al." and the year. The exception to this is when there is another case of the same surname and the same year, in which case the complete list of authors should be included. For more than six authors the "et al." form should be used throughout, in case of confusion adding subsequent authors until the work is clearly identified. Where different works are cited within the same brackets, they should be ordered alphabetically by first author. For works by the same author(s) and from the same year, the letters a, b, c, etc., should be added to the year, which should always be included.

The list of references at the end of the article shall be ordered alphabetically and according to the following norms:

a) Books: Author (surname, comma, initials of first name(s) and full stop; in cases of various authors, these are to be separated by a comma and before the last one with an "&"); year (in brackets) and full stop; full title in italics and full stop; city of publication and colon followed by publisher. Example:

Lezak, M., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004).*Neuropsychological Assessment* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

b) For chapters from books with various authors, articles from reports of conferences or similar: Author(s) of the chapter or article used; year; title of the chapter or article and full stop. These should be followed by "In", the director(s), editor(s) or compiler(s) (initials of the name; surname), and in brackets, Ed., adding an "s" in case of plurals; title of the book in italics, and pages covered by the chapter or article in brackets; city and publisher. Example:

de Wit, H., & Mitchell, S. H. (2009). Drug Effects on Delay Discounting. In G. J. Madden & W. K. Bickel (Eds.), *Impulsivity: The Behavioral and Neurological Science of Discounting* (pp. 213-241). Washington, DC: American Psychological Association.

c) For journals: Author(s); year; title of the article; full name of the journal in italics; vol. in italics; issue number in brackets without separation from volume number, and pages covered by the article. Example:

Byrne, B. M. (2008). Testing for multigroup equivalence of a measuring instrument: A walk through the process. *Psicothema, 20*, 872-882.

d) For web references: Authors are required to archive any web references before citing them using **WebCite ®** technology. This is an entirely free service that ensures that cited webmaterial will remain available to readers in the future.

If the original version of a non-English book is used, give the original title and, in brackets, the English translation. For all other norms please consult the APA manual (APA. 2001, 2010).

5. If an article is accepted for publication the rights of printing and reproduction in any form belong to **Psicothema**, which will not reject reasonable request from the author(s) to obtain permission for the reproduction of their contributions. It is understood that the opinions expressed in the articles are the exclusive responsibility of the authors, and do not compromise the opinion and scientific policy of the journal. Likewise, the activities described in work published in Psicothema shall be in accordance with generally accepted criteria of ethics, in relation to experimentation with both humans and animals, and with all aspects of professional deontology. It is the author's responsibility to be able to provide to interested readers copies of raw data, procedural manuals, scores, and relevant experimental material in general.

6. Articles shall be submitted via the journal's website:**www.psicothema.com** (authors' section). Receipt will be acknowledged immediately, and at the earliest possible opportunity the author will be informed of a decision about acceptance. Part of the costs of composition and publishing of the work will be the responsibility of the authors. The author will receive the offprint in PDF format and a hardcopy of the number in which the article will be published.