

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

***A EFETIVIDADE DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EM ADOLESCENTES  
USUÁRIOS DE DROGAS QUE COMETERAM ATO INFRACIONAL***

ILANA ANDRETTA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margareth da Silva Oliveira  
Orientadora

Porto Alegre  
2009

ILANA ANDRETTA

**A EFETIVIDADE DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EM ADOLESCENTES  
USUÁRIOS DE DROGAS QUE COMETERAM ATO INFRACIONAL**

Tese de Doutorado apresentada ao  
Programa de Pós-graduação em  
Psicologia da Faculdade de Psicologia da  
PUCRS para obtenção do grau Doutor  
em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr. Margareth da Silva Oliveira

Porto Alegre

2009

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

**A561e** Andretta, Ilana  
A efetividade da entrevista motivacional em adolescentes usuários de drogas que cometeram ato infracional. / Ilana Andretta. – Porto Alegre, 2009. 103 f.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, PUCRS.  
Orientação: Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira.

1. Psicologia. 2. Adolescente - Uso de Drogas. 3. Entrevista Motivacional. 4. Abandono de Tratamento. 5. Dependência Química. I. Oliveira, Margareth da Silva. II. Título.

**CDD 155.5**

Ficha elaborada pela bibliotecária Cíntia Borges Greff CRB 10/1437

ILANA ANDRETTA

**A EFETIVIDADE DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EM ADOLESCENTES  
USUÁRIOS DE DROGAS QUE COMETERAM ATO INFRACIONAL**

Tese de Doutorado apresentada ao  
Programa de Pós-graduação em  
Psicologia da Faculdade de Psicologia da  
PUCRS para obtenção do grau Doutor  
em Psicologia.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Margareth da Silva Oliveira (Presidente)

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Silvia Helena Koller (UFRGS)

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Flavia Valadão Thiesen (PUCRS)

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Irani de Lima Argimon (PUCRS)

*Aos meus três amores:  
Jorge Antonio, Marco Octávio e  
João Vicente*

## AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas que gostaria de citar e agradecer neste momento tão importante da minha vida, mas ficaria impossível lembrar-se de todos. Gostaria de começar agradecendo ao meu marido Jorge, meu companheiro, meu suporte, “meu equilíbrio”, por ter sido tão importante nesta e, em todas as etapas da minha vida. Obrigada por ter sido tão companheiro! Aos meus filhos Marco Octávio e João Vicente, que foram gerados durante este doutorado e que participaram efetivamente deste trabalho: obrigada por entenderem a minha “ausência” e por terem me mostrado sentimentos que não conhecia até vocês existirem.

A minha família de origem: minha mãe Leda, que foi grande modelo e incentivadora, ao meu pai Octávio que me mostrou a importância de lutar pelos meus objetivos, e a minha irmã Luana, incansável companheira e parceira de todas as horas, que sempre esteve comigo nos momentos em que mais precisei. A minha amiga Renata, que foi incansável, que foi uma grande descoberta na minha vida, e que pertence a minha família “postiça”. A Nô e ao Dom, por terem sido tão importantes aos meus filhos e que tanto me auxiliaram para que eu pudesse viver os outros papéis da minha vida.

À minha amiga, companheira, orientadora e carinhosamente “minha chefe” Margareth Oliveira, por ter sido tão presente e compreensiva neste processo.

Ao meu grupo de pesquisa, a todas as colegas doutorandas, aos mestrados e aos auxiliares de pesquisa, em especial a minha colega e amiga Maisa Rigoni e ao meu “eterno amigo secreto” Luis Fernando Zambom, que participaram ativamente deste projeto e assumiram minhas funções durante as minhas gestações.

A todos os estagiários do Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da Faculdade de Psicologia (SAPP) no referencial Cognitivo-comportamental e do Laboratório

de Intervenções Cognitivas (LABICO) que auxiliaram na coleta de dados desta pesquisa. E a todos os pacientes e seus familiares que contribuíram para a execução da mesma.

A Prof<sup>a</sup>.Dr. Silvia Helena Koller, pela disponibilidade e por ter aceitado o convite de participar desta banca.

A Prof<sup>a</sup>.Dr. Flavia Valadão Thiesen, pela parceria, por todas as contribuições e por estar tão presente nos momentos em que precisamos.

A Prof<sup>a</sup>.Dr. Irani de Lima Argimon, pela amizade, companheirismo e pelas contribuições tão preciosas e equilibradas nos momentos difíceis.

Muito Obrigada!

## RESUMO

Esta tese de doutorado objetivou realizar uma pesquisa clínica sobre a Entrevista Motivacional em adolescentes usuários de drogas que cometeram ato infracional e para tal, realizou-se três estudos. O primeiro aborda os aspectos teóricos acerca de motivação para tratamento, abordagem de pacientes desmotivados e os construtos envolvidos na técnica da Entrevista Motivacional. O segundo, relata um estudo clínico realizado com 48 adolescentes que finalizaram o processo de tratamento para dependência química. Foram alocados 27 adolescentes em um grupo que recebeu 5 sessões de Entrevista Motivacional e 21 adolescentes, em outro grupo, que receberam Psicoeducação como tratamento controle. Os instrumentos de medida formam uma entrevista semi-estruturada para avaliação de dados sócio-demográficos, padrão de consumo e comorbidades, o Inventário Beck de Depressão (BDI) e o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) para avaliação de intensidade de sintomas de depressão e ansiedade respectivamente, e a *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) para avaliação dos estágios motivacionais e prontidão para mudança. O grupo da EM diminuiu consumo de maconha e tabaco e o grupo da Psicoeducação diminuiu o consumo de maconha e álcool. Com relação aos estágios motivacionais, na avaliação, o grupo da EM teve médias menores de pré-contemplação e maiores de contemplação mas na reavaliação apenas a média da pré-contemplação era menor em relação as médias do grupo Psicoeducação. Na ação e na manutenção não houve interação entre fator tempo e grupos. Não houve diferença significativa entre as duas técnicas evidenciando que as duas intervenções podem ser aplicadas nesta população. O terceiro estudo foi realizado para verificar fatores relacionados ao abandono de tratamento, visto que, nesta população, foi bastante significativo (64,5% da amostra inicial). Os fatores que apresentaram relação com o abandono do tratamento foram: não estar estudando no momento, ter sido expulso ou suspenso da escola em algum momento da vida, idade precoce para início do primeiro uso de álcool, usar cocaína atualmente, não apresentar diagnóstico de dependência de tabaco, ser abusador de tabaco, não apresentar diagnóstico para dependência de maconha e ser abusador de cocaína. Este estudo mostrou que técnicas breves diminuem o consumo de drogas na adolescência e, a prevenção ao uso precoce de drogas e comprometimento com a escola, são fatores de proteção a adesão a tratamento.

Palavras-chave: Adolescente Usuário de Drogas; Entrevista Motivacional; Abandono de Tratamento.

Área de Conhecimento: Psicologia (7.07.00.00-1)



## ABSTRACT

This doctoral thesis aimed to conduct a clinical research on the Motivational Interview (MI) in adolescent drug users who have committed an infringement, hence three studies have been done. The first addresses the theoretical aspects about motivation for treatment, the approach to discouraged patient and constructs involved in the technique of Motivational Interview. The second study reports a clinical trial conducted with 48 adolescents who finished the treatment process for addiction. 27 adolescents were allocated in a group that received 5 sessions of Motivational Interview, and 21 adolescents in another group, who received Psychoeducation treatment as control. The instruments of measurement were a semi-structured interview for assessment of socio-demographic data, patterns of consumption and comorbidities, the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI) to evaluate the intensity of symptoms of depression and anxiety, respectively, and the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) for assessment of motivational stages and readiness to change. The group of MI decreased consumption of marijuana and tobacco and the Psychoeducation group decreased the consumption of marijuana and alcohol. Concerning the motivational stages, in the evaluation, the group's average was lower in pre-contemplation and superior in contemplation, but in the reevaluation, only the pre-contemplation average was lower comparing to Psychoeducation group. In action and maintenance there was no interaction between groups and time factor. There was no significant difference between the two techniques appointing that the two interventions can be applied in this population. The third study was conducted to determine factors related to abandonment of treatment as it was considerable at this population. The factors that presented relationship with the abandonment of treatment were: not to be studying at the moment, having been expelled or suspended from school at some point in life, the age of first use of alcohol, to use cocaine at present, not to have a diagnosis of dependence on tobacco, to be a tobacco abuser, not to fit the diagnosis of marijuana dependence and to be a cocaine abuser. This study showed that brief techniques decrease drug use in adolescence and, prevention to early use of drugs and involvement with the school are protective factors of adherence to treatment.

Keywords: Adolescent Drug Users; Motivational Interview; Abandon of Treatment.

Knowledge area: Psychology (7.07.00.00 - 1)

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>Referências .....</b>	<b>14</b>
<b>SEÇÃO 1: “MOTIVAÇÃO: O PRIMEIRO PASSO PARA O PROCESSO DE MUDANÇA” .....</b>	<b>17</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>18</b>
<i>O que é Motivação?.....</i>	<i>19</i>
<i>Pacientes Desmotivados .....</i>	<i>21</i>
<i>Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento.....</i>	<i>23</i>
<i>A Entrevista Motivacional.....</i>	<i>27</i>
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>33</b>
<b>Referências.....</b>	<b>34</b>
<b>SEÇÃO 2: “A ENTREVISTA MOTIVACIONAL E A PSICOEDUCAÇÃO EM ADOLESCENTES QUE COMETERAM ATO INFRACIONAL” .....</b>	<b>41</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>42</b>
<b>Método .....</b>	<b>44</b>
<i>Amostra.....</i>	<i>44</i>
<i>Instrumentos.....</i>	<i>45</i>
<i>Procedimentos.....</i>	<i>46</i>
<i>Análise dos Dados.....</i>	<i>49</i>
<b>Resultados.....</b>	<b>49</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>55</b>
<b>Referências.....</b>	<b>60</b>
<b>SEÇÃO 3: “ABANDONO DE TRATAMENTO DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS QUE COMETERAM ATO INFRACIONAL” .....</b>	<b>66</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>67</b>
<b>Método.....</b>	<b>69</b>
<i>Amostra.....</i>	<i>69</i>
<i>Instrumentos.....</i>	<i>70</i>
<i>Procedimentos.....</i>	<i>70</i>
<i>Análise dos Dados.....</i>	<i>71</i>

<b>Resultados.....</b>	<b>71</b>
<b>Discussão .....</b>	<b>79</b>
<b>Referências.....</b>	<b>83</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>91</b>
<b>Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética da Universidade.....</b>	<b>92</b>
<b>Anexo 2: Roteiro de Entrevista.....</b>	<b>93</b>
<b>Anexo 3: URICA.....</b>	<b>101</b>

## INTRODUÇÃO

A adolescência é um período do ciclo vital marcado por inúmeras atividades de suma importância. É de senso comum que os adolescentes buscam encontrar seus próprios valores questionando os dos pais e da sociedade, mas, ao mesmo tempo, necessitam de sua orientação e apoio.. Além de ser um período caracterizado por conflitos interpessoais, necessidade da busca de aprovação do grupo e independência individual, é nesta fase que surgem as experimentações (Pinsky & Bessa, 2004).

O uso de drogas por crianças e adolescentes vem crescendo vertiginosamente em nosso país e se revelam um dos temas mais preocupantes na sociedade moderna, atingindo, indistintamente, todas as classes sociais. Está diretamente ligado ao suicídio, delinquência, comportamentos agressivos, acidentes de trânsito, doenças sexualmente transmissíveis e outros déficits físicos e cognitivos (Mariano da Rocha, 2003).

Dakof, Tejada e Liddle (2001) revelaram que a experimentação e o uso regular de substâncias psicoativas vêm aumentando, e conhecer o seu alcance e os padrões de uso nos diversos segmentos da população representa um recurso indispensável para delinear indicadores, além de se fazer necessário para a escolha de medidas de intervenção adequadas e eficazes.

Segundo Sampl e Kadden (2001), comparados com adolescentes que não usam, os que usam drogas têm problemas relativos a sintomas de dependência, entrada em emergência de hospitais, evasão escolar, problemas comportamentais, problemas com a justiça por infração da lei e desenvolvimento de alguma patologia psíquica.

Um dos grandes desafios na recuperação de adolescentes que abusam de substâncias psicoativas é engajá-los ao tratamento, provavelmente, devido ao fato de que os adolescentes dificilmente procuram tratamento por si próprios. Na maioria das vezes, vêm por

encaminhamento de terceiros, pais, escola e até pela justiça. Estes pacientes são um desafio para os terapeutas, principalmente os que vêm por determinação judicial, pela ausência de motivação, pela dificuldade na identificação de problemas no uso de substâncias psicoativas e pelo alto nível de resistência ao tratamento (Andretta & Oliveira, 2005; Lincourt, Kuettel & Bombardier, 2002).

A motivação para mudança tem sido amplamente estudada pela literatura no tratamento para dependência química (Hester & Muller, 1995). Progressos têm sido feitos para mensurar que a motivação para a mudança é preditiva para o tratamento da dependência química, demonstrando que o pré-tratamento motivacional pode influenciar consideravelmente as variáveis de permanência e engajamento ao tratamento (Stephens, Babor, Kadden & Miller, 2002). Além disso, o nível motivacional do paciente está relacionado aos resultados do tratamento propriamente dito e dos índices de abstinência também.

Em um artigo realizado por Lincourt et al. (2002), há relato que adolescentes com mandado judicial são considerados um desafio para os terapeutas. Nesse estudo os adolescentes atendidos com a Entrevista Motivacional preencheram menos critérios para abuso de substâncias, necessitaram de menos sessões de tratamento e, comparados aos sujeitos que não foram atendidos pela mesma técnica, apresentaram melhores índices quanto a completarem o tratamento.

A Entrevista Motivacional consiste em uma intervenção estruturada que, nos últimos anos, tem sido amplamente utilizada no tratamento de comportamentos dependentes (Miller, Benefield & Tonigan, 1993; Miller & Rollnick, 2001). É uma técnica que foi descrita, pela primeira vez, pelo psicólogo norte-americano William Miller da universidade do Novo México e já é bem conhecida e utilizada em várias partes do mundo, e, mais recentemente, no Brasil (Andretta & Oliveira, 2008; Jungerman & Laranjeira, 1999; Oliveira, 2001).

Constitui-se em uma intervenção breve e focal que busca realizar mudanças nos estados internos de motivação dos indivíduos, para que eles venham a abandonar a dependência de substâncias ou outros tipos de comportamentos problemáticos. O objetivo final é aumentar a motivação intrínseca do paciente, em vez de impô-la de fora, (Miller & Rollnick, 2001) e diminuir a ambivalência em relação à mudança. A ambivalência está diretamente ligada à motivação, e quanto mais motivado o sujeito estiver, menor será a sua ambivalência para a mudança. Essa técnica é especialmente indicada para adolescentes, pois preserva a autonomia que eles necessitam, fazendo com que não se sintam confrontados ou coagidos a realizar mudanças (Bundy, 2004; Sindelar, Abrantes, Hart, Lewander & Spirito, 2004).

A EM tem sido utilizada na adolescência em vários países, aplicada a diversos comportamentos. Um dos primeiros estudos a ser relatado foi o de Colby e cols (1998) com adolescentes fumantes em hospitais. Tratava-se de uma única sessão de EM, e, na reavaliação, o grupo que recebeu esse tipo de tratamento apresentou índices mais altos de abstinência. Monti et al. (1999) testaram a EM em adolescentes usuários de álcool e também obtiveram resultados positivos em relação à redução do uso de álcool, redução de violações de trânsito e a outros problemas relacionados com a droga num follow-up de 6 meses. Em outro estudo, Dennis, Rodney, Godley, Godley e Waldron (1999) realizaram uma pesquisa com 600 adolescentes para verificar a efetividade de diversas intervenções para usuários de maconha, com envolvimento judicial, por cometimento de ato infracional. Concluíram que intervenções breves, com 2 sessões de EM mais 3 sessões de terapia cognitivo-comportamental, têm os mesmos resultados que outras intervenções mais longas neste tipo de população, sugerindo o uso deste padrão de tratamento, pelo baixo custo envolvido e pelos resultados positivos. McCambridge e Strang (2004) realizaram outro grande estudo envolvendo 200 adolescentes estudantes, testando nas escolas a efetividade da EM e na

reavaliação; após 3 meses da intervenção, houve uma redução significativa no uso de álcool, tabaco e maconha nesta população.

Mais recentemente, aqui no Brasil, Andretta e Oliveira (2008) aplicaram a Entrevista Motivacional em 27 adolescentes infratores e encontraram resultados positivos em relação ao aumento da motivação para mudança de comportamento, bem como a diminuição do consumo de drogas nesta população. Não entanto, como se tratou de um estudo de avaliação com grupo único do tipo antes e depois, não foi possível afirmar que as modificações ocorridas foram em virtude da técnica utilizada, sendo necessários estudos experimentais para fazer tal afirmação.

Diante dessas informações, surge, então, uma necessidade de implementar, aqui no Brasil, estratégias de tratamento psicoterapêutico, com baixo custo financeiro, para adolescentes infratores com o objetivo de engajá-los ao tratamento para dependência química e diminuir seu consumo de drogas. Nesse contexto, surge esta pesquisa que visa, além de desenvolver um trabalho científico, contribuir para a solução deste problema social bem como auxiliar em um melhor prognóstico da situação de adolescentes, usuários de drogas, que cometem ato infracional. Cabe salientar que não há relato de contraindicação relacionada à Entrevista Motivacional encontrada na bibliografia consultada para a população supracitada.

Para o relato deste trabalho, foram elaborados três estudos descritos a seguir:

Seção 1: Motivação: o primeiro passo no processo de mudança

Seção 2: A Entrevista Motivacional e a Psicoeducação em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional

Seção 3: Abandono de tratamento de adolescentes usuários de drogas que cometeram ato infracional

A primeira sessão aborda aspectos relacionados à motivação para tratamento, ausência de motivação bem como sobre a Entrevista Motivacional, aplicada como uma forma de aumento de motivação para tratamento e como estratégia que pode ser utilizada em adolescentes usuários de drogas, encaminhados para tratamento por cometimento de ato infracional.

A segunda sessão apresenta os resultados empíricos desta tese, que teve como objetivo principal avaliar a eficácia da Entrevista Motivacional (EM) em adolescentes que cometeram ato infracional e que são usuários de drogas. Tratou-se de um ensaio clínico, com avaliação antes e depois da intervenção, e que utilizou os mesmos procedimentos com grupo controle, apenas com técnicas diferentes. A amostra foi por conveniência e constituiu-se de 48 adolescentes: 27 no grupo da EM e 21 no grupo da Psicoeducação. Os desfechos para efetividade foram: mudança no consumo de drogas e nos estágios motivacionais para o tratamento.

A terceira sessão descreve quais foram os fatores relacionados ao abandono da terapia. Nesta sessão buscou-se caracterizar as amostras de quem aderiu ao tratamento, ou seja, de quem completou todo o processo de tratamento sem abandono combinado com o terapeuta, e também de quem não aderiu ao tratamento na busca de entendimento do processo.

## **Referências**

- Andretta, I. & Oliveira, M. (2005). A entrevista motivacional na adolescência. *Revista de Psicologia Clínica*, 17(2), 127-139.
- Andretta, I. & Oliveira, M. (2008). Um estudo sobre os efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estudos de Psicologia*, 25(1), 45-53.
- Bundy, C. (2004). Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 9 (44), 43-47.



- Colby, S. M., Monti, P., Barnett, N., Rohsenow, D., Weissman, K., Spirito, A., Woolard, R. & Lewander, W. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66 (3), 574-578.
- Dennis, M., Rodney, F., Godley, S., Godley, M. & Waldron, H. (2004). Cross-validation of the alcohol and cannabis use measures in the global appraisal of individual needs and timeline followback among adolescents in substance abuse treatment. *Addiction*, 99(12), 120-128.
- Dakof, G. A., Tejada, M. & Liddle, H. A. (2001). Predictive of engagement in adolescent drug abuse treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 274-281.
- Hester, R. K. & Miller, W. R. (1995) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches - Effective Alternatives*. Washington: Allyn e Bacon.
- Jungerman, F. & Laranjeira, R. (1999). Entrevista Motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(5), 197-207.
- Lincourt, P., Kuettel, T. & Bombardier, C. (2002) Motivational interviewing in a group setting with mandated clients. A pilot study. *Addictive Behaviors*, 27, 381-391.
- Mariano da Rocha, S. (2003). *Adolescência, ato infracional e uso de drogas: estamos ligados?* Cadernos de textos do Ministério Público do RS, 11.
- McCambridge, J. & Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99(1), 39-52.

- Miller, W. R., Benefield, R. G. & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problems drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monti, P., Colby, S.M., Barnett, N., Spirito, A., Rohsenow, D., Myers, M., Woolard, R. & Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67, 989-994.
- Oliveira, M. S. (2001). *A eficácia da intervenção motivacional em dependentes de álcool*. Tese de doutorado não publicada, UNIFESP/Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- Pinsky, I. & Bessa, M. A. (2004) *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto.
- Sampl, S. & Kadden, R. (2001) *CYT: Cannabis Youth Treatment*. Connecticut: DHHS Publication.
- Sindelar, H., Abrantes, A., Hart, C., Lewander, W. & Spirito, A. (2004) Motivational interviewing in pediatric practice. *Current Problems Pediatric and Adolescent Health Care*, 10, 322-339.
- Stephens, R., Babor, T., Kadden, R. & Miller, M. (2002) The marijuana treatment project: rationale, design and participant characteristics. *Addiction*, 97(1),109-124.

## **SEÇÃO 1**

**MOTIVAÇÃO: O PRIMEIRO PASSO PARA O PROCESSO DE MUDANÇA**

## **Introdução**

Nos últimos anos, o uso de drogas vem crescendo em todas as regiões do país (Galduroz, Noto, Fonseca & Carlini, 2004; Secretaria Nacional Antidrogas [SENAD], 2004), e suas conseqüências, como envolvimento com atos ilícitos, homicídios, latrocínios, seqüestros e acidentes, podem ser vistas todos os dias nos principais meios de comunicação. Provavelmente, cada um de nós tenha uma história associada ao uso de drogas para contar. É um problema crônico, que atinge a sociedade de forma indiscriminada, independentemente da classe social, resultando em inúmeros prejuízos sociais para os envolvidos.

A abstinência é a melhor solução e, para alcançá-la, são inúmeros os tipos e modelos de tratamento existentes, desde internação e tratamento ambulatorial até fazendas terapêuticas e grupos de auto-ajuda. (Pinsky & Bessa, 2004). O mais importante é fazer com que o paciente aceite o seu problema e busque um atendimento.

Visto que o uso de drogas é um comportamento problema, chegar à abstinência necessita uma mudança comportamental importante, e, para tal, será necessária motivação para mudança por parte do paciente. Nesse sentido, a discussão acerca da efetividade dos tipos de tratamento diz respeito ao impasse: será que é benéfico obrigar alguém a procurar tratamento, se não por vontade própria? Como tratar alguém sem motivação para mudança? E, talvez a mais importante de todas as perguntas: o quê a ciência tem feito para auxiliar os pacientes considerados de difícil manejo e desmotivados para tratamento?

Inicialmente, é necessário entender o conceito de motivação e modelos que expliquem a motivação para tratamento. A partir disso, pode-se, então, utilizar técnicas que se baseiem na promoção da mesma no tratamento de pacientes desmotivados.

Esta sessão trata-se de uma revisão de literatura acerca do conceito de motivação, de pacientes desmotivados, do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento, e da técnica da Entrevista Motivacional. Para tal, foram pesquisadas as bases de dados *Psychinfo*,

*Medline, Web of Science e Pubmed*, e os artigos selecionados dataram do período entre 1993 a 2008, e para complementação da pesquisa foram selecionados alguns livros representativos sobre a temática em questão. Para facilitar a discussão, os temas foram divididos em categorias descritas a seguir.

### *O que é motivação?*

Motivação, usualmente, pode assumir diversos significados; alguns deles imprecisos para uma definição mais concreta. De acordo com o dicionário eletrônico do Instituto Houaiss (Cunha & Isidro-Marinho, 2005) da língua portuguesa, significa “ato ou efeito de motivar” e pode ser utilizado em termos jurídico, lingüístico, semiológico e psicológico. No contexto psicológico, pode ser vista como um conjunto de processos que dão ao comportamento intensidade, direção e forma.

O conceito de motivação vem sendo estudado por diversas áreas dentro da psicologia e a origem da palavra, vinda do latim, significa “mover-se” (Todorov & Moreira, 2005). Pode-se pensar na definição de motivação como um vetor de força que impulsiona um comportamento, uma pulsão que incentiva uma ação, um estado emocional ou até mesmo como um vetor que busca uma gratificação ou evita uma punição, dependendo da teoria a ser pesquisada.

De acordo com Todorov e Moreira (2005), o conceito de motivação é abordado de maneiras muito diferentes e, várias vezes, de forma contraditória; não por falta de quantidade de definições, mas pela falta de conhecimento sobre o assunto. Analisando os conceitos de motivação, através de uma cronologia, os autores perceberam que alguns conceitos apenas reelaboram o senso comum, evidenciando um raciocínio tautológico.

Alguns autores (Deci & Ryan, 2000; Markland, Ryan, Tobin & Rollnick, 2005; Ryan & Deci, 2000) entendem que os comportamentos podem ser determinados, isto é, motivados por fatores externos ou internos. Fatores motivacionais externos seriam reforços ou punições controlados externamente por outros vetores e que visam a determinadas respostas, isto é, forças externas à vontade do sujeito, que o motivam a comportar-se de determinada forma. Fatores internos consistem na vontade do próprio sujeito em realizar uma mudança, buscando satisfação própria sem o objetivo de obter reforço ou punição externo.

Segundo Miller e Rollnick, (2001), motivação pode ser definida como a probabilidade que uma pessoa inicie e dê continuidade num processo de mudança. Não deve ser vista como algo estável ou inerente à personalidade ou ao caráter da pessoa, mas sim como algo fluído, que pode oscilar entre diversas situações ou momentos. Se a considerarmos como um estado interno que pode ser influenciado externamente, um dos principais objetivos no processo terapêutico dos comportamentos dependentes deve ser motivar o paciente para tratamento (Jungerman & Laranjeira, 1999). Entender a motivação como mutável e intercalada facilita o processo e a manutenção da mudança, bem como favorece resultados positivos para o tratamento (Miller & Tonigan, 1996; Olivero, Morales & Yahne, 2004).

A literatura descreve que os pacientes considerados mais difíceis no início do processo (Di Clemente, 2003; Knight, Sherrit, Hook, Gates, Levi & Chang, 2005; Tait & Hulse, 2003) são os que buscam tratamento sem motivação interna, que têm apenas motivos externos, insuficientes para que haja mudança, principalmente os que vêm encaminhados pela justiça, pelo trabalho ou família. Cabe ao terapeuta transformar esta motivação externa em motivação interna, ou seja, transformar a obrigatoriedade do tratamento em vontade própria, de modo que o sujeito perceba os prejuízos que a droga causou, buscando alternativas de mudança e solução de problemas.

## *Pacientes desmotivados*

Alguns pacientes são considerados mais complexos do que outros por inúmeros fatores: curso do processo, diagnóstico, prognóstico ou pela dificuldade na relação terapêutica. Por vezes, o terapeuta depara-se com situações complicadas, nas quais avalia se será capaz de ajudar o paciente, se a técnica utilizada é adequada, se está sendo suficientemente terapêutico, se estão progredindo e atingindo resultados positivos, etc. Para o paciente, que se encontra em sofrimento, o tratamento também pode ser difícil, justamente por defrontá-lo com o seu problema na busca por uma solução.

O tratamento pode ser definido de três formas distintas: voluntário, não-voluntário e compulsório, de acordo com a decisão do paciente de entrar em tratamento, já que, na maioria das vezes, a procura por atendimento não é espontânea. Segundo Gregoire e Burke (2006), coerção para o tratamento é definida como pressão institucionalizada com conseqüências negativas como uma alternativa que resulta na entrada e na permanência do indivíduo em tratamento. Coerção difere de compulsoriedade, pois permite escolha. Compulsoriedade, ou tratamento mandatório, é provido independentemente da escolha da pessoa e é determinado pelo órgão judicial. Na prática, os termos coercivo e compulsório são freqüentemente usados de forma indiscriminada. Entretanto, o tratamento compulsório pressupõe ordem judicial e deve ser acatado independentemente da escolha do paciente, considerado temporariamente incapaz de decidir por sua saúde, expondo a si ou aos outros ao perigo.

Os autores acima citados (Gregorie & Burke, 2004) realizaram um estudo para verificar tanto a variação na motivação para mudança de pacientes obrigados por medida judicial a realizar tratamento para dependência química quanto a existência de relação entre os resultados terapêuticos e o estágio motivacional do paciente. O primeiro resultado encontrado indica que a coerção ou obrigatoriedade para tratamento é um dos fatores de retenção ao

tratamento. Isto é, quando há obrigatoriedade externa, se permanece em tratamento por mais tempo, favorecendo a existência de resultados mais positivos do que em situações de abandono.

Analisando a prontidão para mudança, ou os estágios motivacionais para tratamento, observou-se que pacientes que entram e permanecem desmotivados apresentam resultados mais pobres de tratamento. Sendo assim, a possibilidade de proporcionar um espaço terapêutico, para que o paciente repense seu comportamento de uso de drogas, parece uma medida eficaz; no sentido que, utilizando-se de técnicas adequadas, existe uma possibilidade real de mudança de comportamento, mesmo que no início do processo essa hipótese seja descartada.

Farabee, Prendergast e Anglin (1998), analisaram a efetividade dos tratamentos realizados envolvendo vários tipos de pressão legal, descritos em 11 estudos na literatura. Os resultados em relação ao consumo de drogas foram descritos pelos próprios autores como positivos, pois houve diminuição em cinco tratamentos, nenhuma diferença em quatro e resultados negativos em dois, devido a um aumento no consumo. Segundo os autores, a primeira limitação de todos os estudos é a falta de consistência na terminologia para designar o tipo de pressão legal para a realização do tratamento. Ela pode variar de tratamento não-voluntário até tratamento obrigatório, dependendo do envolvimento judicial no processo. A segunda conclusão é de que os estudos com resultados positivos na efetividade dos tratamentos estavam associados a altos índices de motivação para tratamento ou a intervenções que objetivavam o aumento na motivação. Além disso, devem ser considerados como indicadores de sucesso terapêutico: a gravidade dos delitos cometidos pelo apenado submetido a tratamento, a presença ou não de comorbidades, o tempo, tipo e quantidade do uso de drogas, bem como a existência ou não de uma rede de suporte, além do tratamento na vida do paciente.



Outro tipo de paciente considerado de difícil manejo, principalmente pela falta de motivação característica, são os adolescentes dependentes químicos (Andretta & Oliveira, 2005; Dakof, Tejada & Liddle, 2001). Estes, dificilmente buscam tratamento por vontade própria e, na maioria das vezes, não percebem as conseqüências negativas do seu uso. Em algumas situações, os prejuízos não são identificados como suficientes para mudança devido à onipotência típica da adolescência. Os adolescentes mostram-se mais relutantes e menos motivados do que os adultos de maneira geral (Glenn, Lambie & Rokutani, 2002).

Alguns complicadores do uso de substâncias na adolescência são: prognóstico reservado da patologia, prejuízos na escola, na família ou no desenvolvimento psicossocial, além do envolvimento com atos infracionais como conseqüência do uso, e a não-intervenção durante esta etapa da vida, o que pode fazer com o que o adolescente continue e agrave o seu uso até a fase adulta (Muck, Zempolich, Titus, Fishman, Godley & Schwebel, 2001; Dennis, Funk, Godley, Godley & Waldron, 2004).

Desta forma, fazem necessários estudos de efetividade de técnicas e modelos de intervenções que abarquem, de uma maneira global, a problemática da dependência química com resultados efetivos, visando diminuir o custo desta epidemia que assola a atualidade. Também é preciso que se pense em abordagens integrativas, objetivando obter o maior número de possibilidades de intervenções neste contexto. Nesse sentido, faz-se necessária a compreensão de modelos que expliquem a motivação para a mudança de comportamento, como o descrito a seguir.

### *Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento*

O Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento foi construído por James Prochaska, em 1979, a partir da análise comparativa de mais de 18 teorias e modelos dos

principais enfoques psicoterápicos, tendo como foco o processo de mudança (Fuentes-Pila, Calatayud, Lopes & Castaneda, 2005). No transcorrer do estudo, os resultados sempre se mostravam os mesmos: todas as teorias teriam suas limitações, e nenhuma delas explicava detalhadamente o processo de motivação para mudança nas pessoas.

Os processos de mudanças de todas essas teorias foram identificados, o que resultou em sua incorporação no desenvolvimento do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento. Diante desta análise, o modelo que ali nascia foi denominado “transteórico”, e teve como principal pressuposto que as auto-mudanças bem-sucedidas dependem da aplicação de processos nos estágios (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1993; Orsi & Oliveira, 2006). Para a construção do modelo, foram identificadas e incorporadas as explicações que cada teoria dava ao processo de mudança em uma pessoa. Como consequência, este torna-se diferente de outros modelos teóricos, na medida em que foi direcionado especificamente para a compreensão do processo de mudança de comportamentos-problema e para busca de hábitos saudáveis (Calheiros, Oliveira & Andretta 2005).

O Modelo Transteórico foca a mudança intencional, ou seja, a tomada de decisão do indivíduo; ao contrário de outras abordagens, que estão focadas nas influências sociais. A mudança comportamental acontece ao longo de um processo, no qual as pessoas passam por diversos níveis de motivação para mudança. Estes níveis estariam representados por estágios de motivação para a mudança, que representam a dimensão temporal do Modelo Transteórico, e permitem que entendamos quando mudanças particulares, intenções e reais comportamentos podem acontecer (Szupzynski & Oliveira, 2008).

Os estágios são descritos pela literatura de forma bem definida e identificável. São eles: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e terminação. As pessoas que estão no estágio de pré-contemplação não demonstram intenção de mudar seu

comportamento problema nem consciência de que seu comportamento é ou poderá se tornar um problema. Os pré-contempladores dificilmente procuram ajuda para iniciar seu processo de mudança e, quando o fazem, geralmente é por outros motivos, como encaminhamento judicial ou pedido de familiares e companheiros (Andretta & Oliveira, 2008). Os pré-contempladores tendem a ver mais conseqüências positivas do que negativas em seu comportamento, acreditando que está sob controle ou, no mínimo, é administrável (Connors, 2001). Também estão nesse estágio aqueles indivíduos desencorajados a mudar seu comportamento devido aos resultados negativos obtidos em tentativas anteriores.

A consideração da possibilidade de mudança ocorre no estágio de contemplação. Os indivíduos podem estar pensando sobre as implicações de seu comportamento para si e para os que estão a sua volta. Os contempladores parecem debater-se com suas avaliações positivas do comportamento e com o montante de esforços, energia e perdas que irá custar para superar o problema (DiClemente, Schlundt & Gemmel, 2004). Esta avaliação pode se cronificar na forma de uma profunda ambivalência; com muita freqüência, eles substituem a ação pelo pensamento. Desta forma, são mantidos neste estágio por longos períodos de tempo.

O estágio de preparação é aquele onde a conduta é orientada na mesma direção da intenção de mudar. Os indivíduos admitem mudanças em suas atitudes e comportamentos, estão dispostos a modificar o seu comportamento logo e aproveitam as experiências adquiridas nas tentativas realizadas anteriormente. O nível de conscientização é alto e estes indivíduos têm um plano cuidadoso de ações orientadas para mudança, que pode incluir buscar ajuda de um psicoterapeuta, consultar um médico clínico e/ou envolvimento em atividades saudáveis (Calheiros, Oliveira & Andretta, 2005; Oliveira, 2001).

A marca do estágio de ação é a modificação do comportamento-alvo através de esforços para mudança. Isso significa alcançar um critério em particular, por exemplo, a abstinência

nos comportamentos aditivos. Com relação ao fumo, pode ser a diminuição do número de cigarros consumidos ou troca por cigarros de baixos teores de alcatrão e nicotina (Prochaska & DiClemente, 1982).

A estabilização do comportamento em foco, evitando-se a recaída, é a marca do estágio de manutenção. Este estágio é um desafio real em todos os comportamentos de risco; neste momento, é muito importante a vigilância e um trabalho ativo para prevenção da recaída. Os indivíduos, neste estágio, manifestam uma maior confiança em dar continuidade às mudanças e estão menos propensos à recaída (Prochaska & Velicer, 1997).

O estágio de terminação/finalização é o objetivo final de quem realiza mudanças de comportamento; o indivíduo não tem mais tentações ou ameaças; não retornará mais ao seu comportamento problema e tem completa confiança que pode manter-se sem recair. Este estágio é o menos descrito pela literatura, mas refere-se a fase quando a pessoa já nem pensa mais no seu comportamento problema e não sente mais vontade de voltar ao antigo padrão de comportamento (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Outro conceito fundamental no modelo transteórico é a prontidão para mudança, mais genérico, não sendo definido como, somente, uma localização em um estágio ou outro, mas indicando uma vontade de se inserir em um processo pessoal ou de adotar um novo comportamento e representando uma mudança paradigmática em relação ao comportamento-problema e o estabelecimento de um foco na motivação.

Segundo DiClemente, Schlundt e Gemmell (2004), existem dois aspectos distintos relacionados à prontidão: prontidão para mudança e prontidão para tratamento. A prontidão para mudança foi conceituada como uma integração entre a conscientização da pessoa sobre seu problema, somada a uma confiança em suas habilidades para mudar. Esse tipo de prontidão estaria associada aos acontecimentos que ocorrem em cada estágio, e que sugerem novas estratégias de intervenção aos profissionais da área da saúde. Já a prontidão para

tratamento focaliza a motivação para procurar ajuda, para iniciar, manter e terminar um tratamento. Assim, um usuário de substância psicoativa pode procurar um tratamento e iniciá-lo, sem estar realmente pronto para permanecer em abstinência das drogas.

A identificação precisa do estágio de motivação para mudança, no qual o paciente, dependente químico se encontra, constitui-se uma parte decisiva no processo de avaliação. O resultado de uma correta avaliação implica em melhores frutos na promoção da motivação para mudança de comportamento. Segundo Derisley e Reynolds (2000), a avaliação do estágio motivacional no início do tratamento pode ser um preditor da saída prematura e, até mesmo, um indicador de aliança terapêutica. Alta pré-contemplação e baixa contemplação são indicadores de saída prematura, e alta ação indica maior permanência e melhor aliança terapêutica.

Entender o Modelo Transteórico como um processo fluído pode auxiliar o paciente a continuar no processo de mudança de comportamento e o terapeuta a manejar as oscilações do paciente no processo. As recaídas são constantes na dependência química e, a cada retorno ao uso, o paciente se afasta do processo, e pode correr o risco de não voltar e continuar o consumo, muitas vezes em maior quantidade que antes de parar. Faz-se necessário que o terapeuta tenha habilidade suficiente para identificar o estágio motivacional em que o paciente se encontra e utilize estratégias adequadas para cada um deles. Fica, então, evidente a importância de técnicas que trabalhem baseadas na promoção de motivação, como a entrevista motivacional.

### *A Entrevista Motivacional*

A Entrevista Motivacional (EM) é um modelo de intervenção que surgiu na década de 80, inicialmente para motivar a mudança de comportamento em bebedores de álcool. O

psicólogo William Miller observou que quanto mais confrontativo e argumentativo fosse o terapeuta, mais resistente o paciente ficava. Ele começou a entender o conceito de motivação como maleável e diretamente influenciado pelo estilo do terapeuta (Sindelar, Abrantes, Hart, Lewander & Spirito, 2004). Este estilo deveria ser personalizado a cada paciente, proporcionado pelo chamado feedback após uma avaliação individualizada, devolvida de forma empática.

Trata-se de uma técnica breve que visa aumentar a motivação para a mudança de comportamento problema. Segundo Miller e Rollnick (2001), a EM é um estilo de assistência direta, centrada no paciente para provocar a mudança, ajudando-os a resolver a ambivalência. Envolve técnicas de várias abordagens, como da terapia centrada no cliente, terapia cognitiva, terapia comportamental e terapia sistêmica (Jungerman & Laranjeira, 1999).

Está baseada em dois conceitos fundamentais: ambivalência e prontidão para mudança. Ambivalência é entendida como o conflito existente entre a escolha de um dos dois caminhos: ou faço ou deixo de fazer; sendo que cada uma das escolhas terá seus prós e contras. Por prontidão para mudança, entende-se o processo motivacional dos estágios de mudança descritos anteriormente.

Autores, como Miller e Sánchez (1993), enumeraram seis elementos-chave que devem ser trabalhados durante o processo de mudança, sintetizados pelo acrônimo inglês *FRAMES*.

- a) *Feedback* (devolução): é o uso das informações analisadas pelo processo de avaliação, que devem ser devolvidas ao sujeito no sentido de mostrar-lhe os prejuízos que o comportamento a ser modificado está trazendo para sua vida.
- b) *Responsability* (responsabilidade): é a ênfase de que a responsabilidade pela mudança é do sujeito, e ninguém pode tomar esta decisão por ele. Nenhum familiar e nem o terapeuta poderão fazer esta mudança por ele, apenas ajudá-lo no processo.

- c) *Advice* (aconselhamento): é fornecer ao sujeito informações claras e objetivas de como fazer as modificações necessárias, assim como as possíveis conseqüências de seus comportamentos.
- d) *Menu* (alternativas): oferecer alternativas de mudança para o sujeito e deixar a escolha para ele.
- e) *Empathy* (empatia): mostrar ao sujeito, através de sua postura, a aceitação com relação ao seu processo, buscando entendê-lo sem julgá-lo, deixando claro que a ambivalência faz parte da experiência humana.
- f) *Self-efficacy* (auto-eficácia): mostrar para o sujeito que ele é capaz de fazer mudanças em seu comportamento e obter resultados positivos neste processo.

A técnica, na postura do terapeuta, deve ser norteada pelos seguintes princípios básicos: expressar empatia, desenvolver a discrepância, evitar discussões, diminuir a resistência e estimular a auto-eficácia do paciente. Outras estratégias também facilitam o desenvolvimento da técnica: aconselhar, remover barreiras, oferecer opções de escolha, diminuir a vontade do comportamento específico, praticar a empatia, dar *feedback*, clarificar objetivos e oferecer ajuda ativa ao paciente (Andretta & Oliveira, 2008; Burke, Arkowitz & Menchola, 2003).

A EM surge como uma mudança paradigmática nos tratamentos para dependência química anteriores a esta abordagem, que consideravam os pacientes como motivados ou não e, não havendo motivação, a chance de insucesso terapêutico já estava prevista desde o início do tratamento. A postura do terapeuta que trabalha com a EM vem a romper com os padrões estabelecidos anteriormente para o tratamento da dependência química. O estilo do terapeuta passa de agressivo para solidário, de autoritário para negociador, e o objetivo principal desta mudança terapêutica é facilitar ao paciente que o próprio paciente encontre a suas motivações internas para mudança de comportamento (Tappin, McKay, McIntyre, Gilmour, Cowan, Crawford, Currie & Lumsden, 2000).

Existe uma diferença conceitual acerca do “espírito” da EM, considerado por alguns autores como a forma de intervir em relação aos pacientes, e as técnicas propriamente ditas da EM. De acordo com Sindelar e cols (2004), o “espírito” da EM seria a “melodia”, e as “técnicas” seriam a “letra da música”. O “espírito”, ou estilo do interpessoal do terapeuta, pode ser caracterizado por alguns pontos-chave: escutar o paciente reflexivamente, expressar afirmação e aceitação, reforçar as declarações automotivacionais do paciente, determinar o grau de disponibilidade de mudança do paciente para não eliciar uma resistência que possa romper o processo de mudança e reafirmar a liberdade de sua escolha do paciente.

Outras modalidades de tratamento surgiram baseadas na EM. A terapia de aumento de motivação (MET), que consiste de 4 sessões estruturadas baseadas na EM, mas com algumas técnicas cognitivo-comportamentais aplicadas em alcoolistas (Rollnick & Miller, 1995), foi avaliada e testada pelo projeto MATCH (1993). A Intervenção Motivacional Breve (IMB) é realizada de uma a três sessões, envolvendo um menu de estratégias concretas e rápidas, embasadas no espírito e na prática da EM (Castro & Passos, 2005). Entretanto, todas têm em comum alguns pressupostos, como entender os pensamentos relacionados ao comportamento problema, identificar as emoções relacionadas, os padrões que produzem os modelos de comportamento e alternativas de mudanças de comportamentos. São estratégias cognitivas que facilitam o paciente a pensar sobre a mudança de comportamento sem aumentar a resistência à mudança, além de diminuir a ambivalência (Bundy, 2004).

A EM tem se mostrado aplicável e efetiva (Dunn, Deroo & Rivara, 2001; Miller, Yahne & Tonigan, 2003), em diversos comportamentos e na mudança dos estágios motivacionais (Carey, Braaten, Maisto, Gleason, Forsythe, Durant & Jaoworski, 2000; Heather, Rollnick, Bell & Richmand, 1995), na aderência ao processo terapêutico (Daley & Zuckoff, 1998; Lincourt, Kuettel, & Bombardier, 2002), na redução do uso de álcool (Oliveira, 2001; Projeto MATCH, 1997); na redução do uso de maconha (Stephens, Roffman & Curtin, 2000), na



redução do uso de cocaína (Donavan, Rosegren, Downey, Cox & Sloan, 2001), na redução do uso de anfetaminas (Baker, Boggs & Lewin, 2001), no uso de tabaco (Butler, Rollnick, Cohen, Russel, Bachmann, & Scott, 1999; Miller, 1996; WHO, 1996) e em pacientes com diabetes (Burke, Arkowitz & Dunn, 2002). Comparada com o não tratamento e o placebo, a EM foi superior em comportamentos envolvendo álcool, drogas, dieta e exercícios (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003).

Como tem breve duração e é indicada, geralmente, para pacientes com baixo nível de motivação para mudança, principalmente aqueles considerados de difícil manejo, resistentes e desmotivados, pode ser aplicada com sucesso em adolescentes, notadamente, pela estratégia da não confrontação para redução da resistência (Lambie, 2004; Lawendowski, 1998; McCambridge & Strang, 2004) e com foco, em especial, nos que vêm encaminhados pela justiça, em decorrência do envolvimento com atos infracionais (Lincourt, Kuettel & Bombardier, 2002). Segundo Beck, Wright, Newman e Liese (1999), o modelo dos estágios motivacionais é muito útil para auxiliar o terapeuta na relação com pacientes que se encontram no estágio da pré-contemplação, principalmente os que vêm por encaminhamento judicial.

Na adolescência, tem se mostrado como um modelo de intervenção muito promissor por inúmeros fatores. O primeiro deles é o fato de que os adolescentes, geralmente, nunca analisaram seu hábito de usar drogas e, na maioria das vezes, não fecham critérios diagnósticos para dependência, o que dificulta outros tipos de tratamento para dependência química. Outro ponto positivo da Entrevista Motivacional é que o terapeuta é visto como um parceiro e não como uma figura de autoridade que gera animosidade nesta fase (Andretta & Oliveira, 2005; Lawendowski, 1998).

O terapeuta, através da empatia, coloca-se no lugar de aliado do adolescente, fazendo com que este se sinta entendido e à vontade mais rapidamente. Outros pontos a favor são a

não confrontação e a liberdade de escolha do paciente, que fazem com que os adolescentes sintam-se respeitados e com autonomia, muitas vezes tomando as decisões já considerando as conseqüências (Tevyaw & Monti, 2004). McCambridge e Strang (2004) e Lawendowski (1998) consideram a EM especialmente indicada para adolescentes pela sua postura não confrontacional e por ser uma técnica que não impõe resultados, o que minimiza a resistência deste tipo de pacientes.

Segundo Andretta e Oliveira (2005), a maioria dos estudos com EM na adolescência são realizados para tratamento de comportamentos dependentes e em formato individual. Não se fazem necessárias muitas adaptações à técnica, pelo fato de o próprio estilo terapêutico facilitar a administração da resistência. Alguns estudos de efetividade da técnica foram realizados com adolescentes e mostraram resultados positivos em relação ao uso de insulina por diabéticos, adesão à dieta, uso de anticoncepcionais, pacientes HIV positivos, diminuição de tabaco, álcool, maconha e aumento da motivação e adesão ao tratamento (Sindelar & cols, 2004).

A EM tem se mostrado eficaz na mudança de motivação externa para interna, o que tem se refletido em um aumento nos índices de adesão ao tratamento, na diminuição do número de faltas durante o processo terapêutico, bem como em resultados positivos na relação com o paciente e na mudança de comportamentos problema, em pacientes que vêm encaminhados pela justiça (Hiller, Knight, Leukefeld & Simpson, 2002; Maxwell, 2000; White, Morgan, Pugh, Celinska, Labouvie & Pandina, 2006). Por outro lado, alguns estudos (De Leon, Melnick, Thomas, Kressel & Wexler, 2000) mostram que pacientes encaminhados para tratamento por ordem judicial que permanecem desmotivados durante o processo, após o término da medida judicial, acabam utilizando mais drogas, e os índices de recidiva do delito podem ser maiores.

Um estudo, realizado por Lincourt, Kuettel e Bombardier (2002), testou a EM com pacientes obrigados pelo sistema judicial americano a realizar tratamento. Foram alocados 74 sujeitos no grupo experimental e 92 no grupo controle. Ao final de dois anos, os pacientes do grupo experimental submetidos à EM em grupo preencheram menos critérios para dependência de substâncias, tiveram uma proporção maior de participação nas sessões e finalizaram o tratamento em maior número .

Andretta e Oliveira (2008) aplicaram a EM em adolescentes usuários de drogas com medida protetiva, isto é, com substituição de pena de prestação de serviços comunitários por tratamento para dependência química, com avaliação antes e depois da técnica. Na reavaliação, houve diminuição no estágio motivacional da pré-contemplação, diminuição no consumo de drogas e no número de crenças cognitivas associadas ao uso de substâncias.

### **Considerações Finais**

A partir do entendimento da motivação, através de modelos, como o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, mostra-se a necessidade de avaliação da motivação do paciente para a aplicação de estratégias adequadas ao seu estágio motivacional.

É essencial no tratamento de dependentes químicos, principalmente os que chegam a tratamento por motivação externa, o uso de estratégias que não aumentem sua resistência ao tratamento e aumentem a motivação interna para a mudança comportamental, buscando a abstinência.

Adolescentes usuários de drogas, usualmente, apresentam baixa motivação para o tratamento e para a mudança comportamental. Diante da problemática apresentada por este estudo, faz-se necessária uma reflexão abrangente por parte dos profissionais envolvidos. O uso de drogas na adolescência é um problema grave, que acarreta inúmeras conseqüências

nocivas para o adolescente, para seus familiares e para a sociedade. O cometimento de atos infracionais, relacionados ao uso de substâncias, além de fazer vítimas que, na maioria das vezes, não têm nenhuma relação direta com o problema, e o tratamento para dependência química e, ou o encarceramento do infrator tem um alto custo social para a sociedade.

Em relação aos familiares, além do sofrimento apresentado pelos pais, há o apontamento da falência da educação. A família vê-se envolvida de tal forma que não consegue mais intervir sozinha e se sente impotente diante da gravidade da situação. Entretanto, o principal prejudicado é o próprio adolescente, que se priva das oportunidades de um desenvolvimento saudável e da possibilidade de sucesso na vida adulta.

Neste contexto, há a necessidade premente e relevante de soluções alternativas e integradas que possam auxiliar, de modo efetivo, a mudança de comportamento. Sabe-se aqui que não existem soluções mágicas diante de tamanha gravidade; entretanto, esse fator não deve servir como um escapismo para que fiquemos inertes perante o problema. Em virtude dos motivos expostos, devemos pensar em estratégias e intervenções eficazes, com baixo custo e alta aplicabilidade envolvendo diversos contextos como a EM, que se mostrou uma intervenção de baixo custo e eficaz na mudança de comportamentos por diversos estudos.

## **Referências**

- Andretta, I. & Oliveira, M. (2005). A entrevista motivacional na adolescência. *Revista de Psicologia Clínica*, 17(2), 127-139.
- Andretta, I. & Oliveira, M. (2008). Um estudo sobre os efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estudos de Psicologia*, 25(1), 45-53.

- Baker, A., Boggs, T., & Lewin, T. (2001) Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96(9), 1279-1287.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Bundy, C. (2004). Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 9(44), 43-47.
- Burke, B., Arkowitz, H., & Dunn, C. (2002). The efficacy of motivational interviewing. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: preparing people for change* (pp.177-186). New York: Guilford Press.
- Burke, B., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The Efficacy of Motivational Interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861.
- Butler, C. C., Rollnick, S., Cohen, D., Russel, I., Bachmann, M. & Scott, N. (1999). Motivational Consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practice*, 49, 611-616.
- Calheiros, P. R., Oliveira, M. S. & Andretta, I. (2005). Descrição do modelo transteórico In: Werlang, B. & Oliveira, M. S. *Temas em Psicologia Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carey, M. P., Braaten, L., Maisto, S., Gleason, J., Forsythe, A., Durant, L. & Jaoworski, B. (2000). Using information, motivational enhancement therapy and skills training to reduce risk of HIV infection for low income urban women: a second randomized clinical trial. *Health Psychology*, 19, 3-11.
- Castro, M. L. & Passos, S. R. (2005). Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento da dependência química. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(6), 330-335.

- Connors, G. J., Donovan, D. M. & DiClemente, C. (2001). *Substance Abuse Treatment and The Stages of Change: Selecting and Planning Interventions*. New York: The Guilford Press.
- Cunha, R. N. & Isidro-Marinho, G. (2005) Operações estabelecidas: um conceito de motivação. In: Abreu-Rodrigues, J. & Ribeiro, M. *Análise do comportamento: pesquisa teoria e aplicação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Daley, D. C. & Zuckoff, A. (1998). Improving compliance with the initial outpatient session among discharged inpatient dual diagnosis clients. *Social Work*, 43(5), 470-473.
- Dakof, G. A., Tejada, M. & Liddle, H.A. (2001). Predictive of engagement in adolescent drug abuse treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 274-281.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and Change*. New York: The Guilford Press.
- Deci, E. & Ryan, R. (2000). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125(6), 627-668.
- De Leon, G., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D. & Wexler, H.K. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(1), 33-46.
- Dennis, M., Rodney, F., Godley, S., Godley, M. & Waldron, H. (2004). Cross-validation of the alcohol and cannabis use measures in the global appraisal of individual needs and timeline followback among adolescents in substance abuse treatment. *Addiction*, 99(2), 120-128.
- Derisley, J. & Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 371-382.
- DiClemente, C., Schlundt, D. & Gemmell, B. S. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal of Addiction*, 13, 103-119.

- Donavan, D., Rosegren, D., Downey, L., Cox, G. & Sloan, K. (2001). Attrition prevention with individuals awaiting publicly funded drug treatment. *Addiction*, 96(8), 1149-1160.
- Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, F. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. *Addiction*, 96, 1727-1742.
- Farabee, D., Prendergast, M. & Anglin, D. (1998). The effectiveness of coerced treatment for drug abusing offenders. *Federal Probation*, 62(1), 3-10.
- Fuentes-Pila, J. M., Calatayud, P., Lopez, E. & Castaneda, B. (2005). La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotín-tabáquica. *Transtornos adictivos*, 7(3), 153-65.
- Galduroz, J., Noto, A., Fonseca, A. & Carlini, E. A. (2004). *V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino médio e fundamental em 27 capitais brasileiras*. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, CEBRID.
- Glenn, W., Lambie, L. & Rokutani, J. (2002). A systems approach to substance abuse identification and intervention for school counselors. *Professional School Counseling*, 5(5), 25-35.
- Gregoire, T. & Burke, A. C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 35-41.
- Heather, N., Rollnick, S., Bell, A. & Richmond, R. (1995). Effects of brief counseling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*, 15, 29-38.
- Hiller, M., Knight, K., Leukefeld, C. & Simpson, D. D. (2002). Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment. *Criminal, Justice and Behavior*, 29(1), 56-75.
- Jungerman, F. & Laranjeira, R. (1999). Entrevista Motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(5), 197-207.

- Knight, J., Sherritt, L., Hook, S., Gates, E., Levy, S. & Chang, G. (2005). Motivational interviewing for adolescent substance use: a pilot study. *Adolescent Health Brief*, 37, 167-169.
- Lambie, G. (2004). Motivational Enhancement Therapy: a tool for professional school counselors working with adolescents. *Professional School Counseling*, 7(2), 268-276.
- Lawendowski, L. (1998). A motivational intervention for adolescent smokers. *Preventive medicine*, 27, A29-A46.
- Lincourt, P., Kuettel, T. & Bombardier, C. (2002). Motivational interviewing in group setting with mandated clients. *Addictive Behaviors*, 27(3), 381-391.
- McCambridge, J. & Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99(1), 39-52.
- Markland, D., Ryan, R., Tobin, V. & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 811-831.
- Maxwell, R. S. (2000). Sanction threats in court-ordered programs: examining their effects on offenders mandated into drug treatment. *Crime and Delinquency*, 46(4), 542-563.
- Miller, W. (1996). Motivational interviewing: research, practice and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21(6), 835-842.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2001). *A Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para mudança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miller, W. R. & Sánchez, V. C. (1993) Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: G. Howard (ed.). *Issues in Alcohol Use and Misuse in Young Adults*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.



- Miller, W. & Tonigan, S. (1996) Assessing drinkers' motivation for change: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10.
- Miller, W., Yahne, C. & Tonigan, S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse service: a randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 754-763.
- Muck, R., Zemplich, K., Titus, J., Fishman, M., Godley, M. & Shwebel, R. (2001). An overview of the effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. *Youth and Society*, 33(2), 143-168.
- Pinsky, I. & Bessa, M.A. (2004) *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161–173.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Oliveira, Margareth (2001). A eficácia da Entrevista Motivacional em alcoolistas. Tese de doutorado não publicada. UNIFESP: São Paulo.
- Olivero, M. B., Morales, M. T. & Yahne, C. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones*, 16(suppl. 2), 227-235.
- Orsi, M. & Oliveira, M. S. (2006). Avaliando motivação para mudança em dependentes de cocaína. *Estudos de Psicologia*. 23(1), 3-12.
- Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self determination theory and facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.

- Secretaria Nacional Antidrogas (2004) *Maconha: Informações para os Adolescentes*. 5ª ed. Brasília, Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional.
- Sindelar, H., Abrantes, A., Hart, C., Lewander, W. & Spirito, A. (2004). Motivational interviewing in pediatric practice. *Current Problems Pediatric and Adolescent Health Care*, 10, 322-339.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A. & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 898-908.
- Szupzynski, K. (2006). *Validação da escala URICA para comportamentos dependentes*. Dissertação de mestrado não publicada. PUCRS, Porto Alegre.
- Szupzynski, K. & Oliveira, M. O. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13(1), 31-39.
- Tait, R. & Hulse, G. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review*, 22, 337-346.
- Tappin, D., McKay, C., McIntyre, D., Gilmour, W., Cowan, S., Crawford, F., Currie, F. & Lumsden, M. (2000). A practical instrument to document the process of motivational interviewing. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 17-32.
- Tevyaw, T. & Monti, P. (2004). Motivational enhancement and other brief intervention for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction*, 99(suppl. 2), 63-75.
- Todorov, J. C. & Moreira, M. B. (2005). O conceito de motivação na Psicologia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental*, 7(1), 119-132.
- White, H., Morgan, T., Pugh, L., Celinska, K., Labouvie, E. & Pandina, R. (2006). Evaluation two brief substance-use interventions for mandated college. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(2), 309-317.
- WHO Brief Intervention Study Group (1996). A randomized cross-national clinical trial of brief intervention with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86(7), 948-955.

## **SEÇÃO 2**

### **A ENTREVISTA MOTIVACIONAL E A PSICOEDUCAÇÃO EM ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS QUE COMETERAM ATO INFRACIONAL**

## **Introdução**

O uso ou abuso de drogas na adolescência é um problema de saúde pública, crônico, e recorrente, que requer atenção especial dos profissionais que trabalham na área da saúde. Há um crescimento nos índices de usuários de drogas nesta faixa etária, e a idade de experimentação está sendo cada vez mais precoce (Carlini, Galduroz, Notto & Napo, 2002). Os abusadores adolescentes experienciam uma variedade de problemas, incluindo rapidez na evolução do diagnóstico de abusadores para dependentes, e uma ocorrência maior de comorbidades relacionadas ao uso, bem como envolvimento com atos infracionais (Becker & Curry, 2008; Martin & Copeland, 2008), sendo esses os fatores que fazem com que os profissionais da área da saúde, tentem buscar alternativas eficientes para intervenções que auxiliem na prevenção e resolução desta problemática (French, Zavala, McCollister, Waldron, Turner & Ozechowski, 2008).

Há relatos de pesquisas, com diversas técnicas que têm se mostrado eficazes para uso de drogas na adolescência: terapia familiar de modelo cognitivo, ecológico e funcional; intervenções breves, como comportamentais, cognitivo-comportamental e grupoterapia; treinamento de pais e alguns modelos integrados que combinam técnicas de mais de um modelo teórico, como a Entrevista Motivacional e técnicas cognitivo-comportamentais (Battjes, Gordon, O'Grady, Kinlock, Katz & Sears, 2004; Becker & Curry, 2008; Muck, Zempolich, Titus & cols, 2001; Tait & Hulse, 2003). Esses estudos demonstram efeitos importantes na redução do uso de drogas, melhora na sintomatologia relacionadas ao uso, e, até mesmo, nas comorbidades.

A escolha do tipo de tratamento está diretamente ligada ao perfil do usuário, a gravidade da dependência e, ao tipo de estrutura social a que o mesmo adolescente está inserido (Dennis, Titus, Diamond et al, 2002; Muck et al, 2001). Entretanto, alguns autores são unânimes ao afirmar que, quando se fala em adolescentes, usuários de drogas, que vêm

encaminhados para tratamento não por vontade própria, a chave para o sucesso do mesmo é a motivação (Tevyam & Monti, 2004); e há poucos estudos que avaliam efetividade de intervenções nesta população (Lincourt, Kuettel & Bombardier, 2002; Diamond, et al, 2002; Andretta & Oliveira, 2008; Stein et al., 2006).

A Entrevista Motivacional (EM) é uma intervenção breve, que tem se mostrado eficaz para aumentar a motivação para a mudança em diversos comportamentos e em diversos contextos, inclusive na adolescência (Andretta & Oliveira, 2005; Brown & cols, 2003; Colby & cols, 2005; D'Amico, Miles, Stern & Meredith, 2008; Lawendowski, 1998; Monti et al., 1999; McCambridge & Strang, 2004). É um modelo de intervenção breve, baseada nos conceitos de ambivalência e prontidão para mudança. Ambivalência é entendida como o conflito existente entre o mudar e o permanecer no comportamento atual; e a prontidão para mudança é descrita em estágios que oscilam entre não ter consciência do problema, admitir que há um problema, fazer algo para mudar e manter as mudanças alcançadas (McCambridge & Strang, 2004).

O estilo do terapeuta motivacional é não confrontativo e não diretivo, embasado nas premissas de fornecer informações claras e precisas, dar responsabilidade ao cliente, proporcionar alternativas de mudança, expressar empatia e aumentar a auto-eficácia. Esses princípios da técnica se mostram adequados para trabalhar com adolescentes, inclusive os que vêm encaminhados para tratamento por terem cometido ato infracional, pois tendem a evitar a resistência comum ao processo de mudança (Andretta & Oliveira, 2008; Lincourt, Kuettel & Bombardier, 2002; McCambridge & Strang, 2004; Tevyaw & Monti, 2004).

Esta técnica, também, tem se mostrado uma técnica adequada para predição ou para a facilitação de mudança, na medida em que pode ser combinada com outras técnicas, tendo como objetivo principal a conscientização dos clientes para os seus problemas, para depois buscar outras alternativas mais específicas, como resolução de problemas, treinamento de

habilidades e modificação de pensamentos disfuncionais (Dennis, Titus, Diamond et al, 2002; Dunn, Droesch, Johnston & Rivara, 2004; McCambridge & Strang, 2004).

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a efetividade da Entrevista Motivacional aplicada em adolescentes que cometeram ato infracional, usuários de drogas encaminhados para tratamento; além disso, identificar o padrão de consumo de drogas destes sujeitos, avaliar se houve diminuição de consumo de substâncias psicoativas e verificar se houve mudança no estágio motivacional após as intervenções.

## **Método**

Este estudo é um estudo clínico, com avaliação e reavaliação antes e depois da intervenção em grupo controle e experimental. O fator em estudo foi a Entrevista Motivacional, e os desfechos para avaliar a efetividade do estudo foram:

- a) Diminuição do consumo de drogas: a frequência e a quantidade registradas pelo protocolo da avaliação.
- b) Motivação para mudança: o estágio motivacional e a prontidão para mudança foram verificados através da escala *University Rhode Island Change Assessment (URICA)*.

## *Amostra*

Os participantes desta pesquisa foram todos os sujeitos que foram atendidos entre o período de abril de 2004 a novembro de 2008, no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da Faculdade de Psicologia da PUCRS, encaminhados para tratamento para dependência química, por instituições que executam medidas sócio-educativas, que finalizaram o programa de atendimento.

A amostra foi escolhida por conveniência, com participantes do sexo feminino e masculino, com idades entre 12 e 19 anos, com medida sócio-educativa por terem cometido algum ato infracional, usuários de drogas. Foram excluídos da amostra, participantes com síndrome de abstinência grave, com dificuldade cognitiva para entendimento dos instrumentos, e sujeitos que estavam fazendo outro tratamento psicoterapêutico, exceto controle medicamentoso.

Os participantes foram alocados, para a formação dos grupos controle e de intervenção, por ordem de tempo, sendo que, de abril de 2004 a julho de 2006, foram alocados no grupo da EM e, de agosto de 2006 a novembro de 2008, foram alocados no grupo da Psicoeducação.

### *Instrumentos*

Para a avaliação dos adolescentes, foi utilizado um protocolo para levantamento de dados sócio-demográficos da amostra, como sexo, idade, ocupação, escolaridade, familiar com uso de drogas e padrão do consumo de drogas como droga de eleição, frequência, forma e tempo de uso; uma entrevista semi-estruturada contendo perguntas sobre todos os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association [APA], 2002*) de cada transtorno para identificar dependência ou abuso de substâncias e diagnóstico de transtornos disruptivos (Anexo 2).

Foi utilizada a *University of Rhode Island Change Assesment (URICA)* (Anexo 3), que se trata de uma escala que verifica os estágios motivacionais para mudança de comportamento; que foi validada para usuários de drogas ilícitas e mostrou bons resultados de confiabilidade, apresentando um coeficiente de *Crombach* de 0,657 (Szupszynski &

Oliveira, 2008). Estes estágios são descritos em pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), têm por objetivo avaliar a intensidade dos sintomas de ansiedade e de depressão, tanto em pacientes psiquiátricos como na população em geral. Ambos foram validados para o Brasil por Cunha (2001), que apresenta estudos psicométricos, sendo o coeficiente de fidedignidade do BAI de 0,92 e do BDI de 0,89.

### *Procedimentos*

A equipe participante do projeto recebeu um treinamento padrão sobre todos os instrumentos de avaliação e com um profissional sênior na área sobre a Entrevista Motivacional. Durante toda a pesquisa, houve supervisão da equipe por profissionais especializados na avaliação e na técnica.

Os procedimentos para a coleta de dados deste estudo foram a aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade (Anexo 1), pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade e da Comissão Científica da FAPSI. Também, foi realizado um estudo piloto para verificação da viabilidade da execução deste projeto.

Para o início da coleta de dados, o adolescente deveria ser encaminhado pelas instituições especializadas ao Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP), e, os pais ou responsáveis pelo adolescente, recebiam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto, optando por participar ou não da pesquisa. Após a assinatura do mesmo, o adolescente era avaliado através do protocolo padrão do serviço, com os instrumentos listados acima e por uma entrevista de anamnese com um dos pais ou informantes do sujeito, para verificação de dados de desenvolvimento e confirmação de



informações. Posteriormente a avaliação, os participantes foram alocados nos grupos da EM e no grupo da Psicoeducação.

A Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001; Sampl & Kadden, 2001), será o instrumento utilizado para que haja modificações no consumo, no estágio motivacional e no padrão de consumo dos sujeitos. Trata-se de um modelo de intervenção breve e focal, com o objetivo de aumentar a motivação para modificação de comportamentos que consistiu em 5 sessões estruturadas, baseadas no *Cannabis Youth Treatment* (Diamond et al., 2002), um programa de tratamento realizado nos Estados Unidos para adolescentes infratores. Na primeira sessão desta etapa, a finalidade era dar a devolução da avaliação para que o sujeito obtivesse informações sobre os prejuízos causados pelas drogas. A devolução é baseada no princípio do *feedback*, e tem por objetivo fornecer informações claras e desprovidas de julgamentos morais sobre a avaliação realizada anteriormente.

Na sessão dois, trabalhava-se com a técnica da Balança Decisacional (Knapp, Luz & Baldisserotto, 2001). Primeiramente, o adolescente apontava as vantagens que ele percebia, em sua vida cotidiana, em continuar usando maconha; e em outra coluna ao lado, as desvantagens em continuar usando. O objetivo do terapeuta, neste momento, era assinalar para o adolescente que geralmente há mais desvantagens em continuar usando, que em parar de usar.

Na sessão seguinte, o tema era o Plano de Metas (Miller & Rollnick 2001) para que o terapeuta ajudasse o adolescente a identificar quais seriam os possíveis obstáculos para alcançar seus objetivos e como ele poderia fazer para obter êxito. Na mesma sessão, era realizado o Treinamento de Situações de Risco (Diamond et al., 2002) com objetivo de desenvolver habilidades para situações inesperadas que pudessem ocorrer quando cessado o tratamento, aumentando o repertório de comportamentos adaptativos em situação de possível recaída.

Posteriormente, o objetivo foi aumentar atividades prazerosas e o suporte social. Nesta sessão o adolescente referia quais atividades gostaria de realizar, tais como esporte, como uma nova ocupação e como poderia torná-las uma prática constante em sua vida. Em relação ao suporte social, era referido quem seriam as pessoas com que ele poderia contar em situações de emergência, e em como fazer para buscar ajuda. Na última sessão desta etapa, estava previsto o fechamento do processo e o planejamento de situações de emergências que pudessem ocorrer. A avaliação do processo era feita pelos dois, apontando os pontos fortes e fracos da mesma desta bem como o encaminhamento terapêutico, caso fosse necessário, a outras instituições.

O grupo da Psicoeducação recebeu 2 sessões de informações acerca dos efeitos de drogas (Secretaria Nacional Anti-drogas [SENAD], 2004), sem o *feedback* da avaliação, e 3 sessões de atendimento individual com técnicas cognitivo-comportamentais. A Psicoeducação, como tratamento para dependência química, é escolhida como um tratamento controle ético e apropriado metodologicamente, além de ser um tipo de intervenção *standard* encontrado em diversos estudos com adolescentes, que pode ser comparada a tratamento placebo (Smith, Sells, Rodman & Reynolds, 2006). Trata-se de uma intervenção que visa fornecer informações sobre drogas e sobre os problemas das mesmas (Kaminer, Burleson & Goldberger, 2002). Cabe salientar que a terceira, quarta e quinta sessões, eram iguais as do grupo da EM; entretanto, os modelos terapêuticos diferiram principalmente em relação à postura adotada pelo terapeuta.

Após 15 dias, ao término do tratamento, o adolescente era encaminhado novamente ao serviço para uma reavaliação, com objetivo de verificar se houve modificações no padrão de consumo e no estágio motivacional, após o término do processo. Caso necessário, isto é, se houvesse indicação, permaneciam em atendimento psicológico no mesmo serviço ou eram encaminhados para outro serviço.

## *Análise dos dados*

Dados quantitativos serão descritos por média, desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, dependendo de sua distribuição; e dados qualitativos, por frequência absoluta e relativa. Para verificar a homogeneidade e relação entre grupos, foi utilizado o teste *Qui-quadrado* para variáveis qualitativas e teste de comparação de médias *T de Student*.

Para avaliar a interação entre tempo e grupos, em relação a cada estágio motivacional, utilizou-se a análise de variância, utilizando delineamento em medidas repetidas. Para avaliar a frequência semanal de consumo de álcool, tabaco e maconha, entre a avaliação e a reavaliação, foi utilizado o Teste Não-Paramétrico *Wilcoxon*; e para comparar a variação da frequência semanal de consumo de álcool, tabaco e maconha em relação aos grupos, foi utilizado o Teste Não-Paramétrico *Mann-Whitney*. Os dados foram compilados no software SPSS versão 11.0, e o nível de significância foi de 5%.

## **Resultados**

No período entre abril de 2004 e novembro de 2008, foram encaminhados para atendimento 135 adolescentes para tratamento. Destes, 86 (63,7% da amostra total) adolescentes completaram o processo de avaliação, 55 (40,74% da amostra total) adolescentes concluíram o processo de intervenção e 48 (35,55% da amostra total) adolescentes finalizaram o processo de reavaliação, sendo 27 sujeitos no grupo experimental (56,3% da amostra que finalizou a reavaliação) e 21 sujeitos no grupo controle (43,8% da amostra que finalizou a reavaliação).

Para a avaliação da homogeneidade entre os grupos, verificou-se a distribuição das variáveis: sexo ( $p= 0,574$ ), estudar atualmente ( $p=0,641$ ), escolaridade ( $p=0,729$ ), idade ( $p=0,343$ ) e anos de estudo ( $p=0,719$ ), confirmando a semelhança da amostra.

No grupo da EM, o número da média de sessões foi 13,68 (DP=4,298), e o número da média de faltas durante o processo foi de 2,24 (DP=2,204). No grupo da Psicoeducação, o número da média de sessões foi de 14,50 (DP=4,369), e o número da média de faltas foi de 3,5 (DP=2,792).

No grupo da EM, a média de idade foi 16,37 (DP=1,39), e a maioria dos sujeitos foi de sexo masculino ( $n=26, 96,3\%$ ), que estudava atualmente ( $n=25, 92,6\%$ ), apresentando uma média de 7,56 (DP=1,78) anos de estudo; apenas 6 (22,2%) sujeitos trabalhavam no momento da avaliação, 11 (40,7%) sujeitos relataram ser de classe baixa, 18 (66%) cometeram o ato infracional de porte de drogas, 15 (55,6%) sujeitos moravam com os pais e apenas 6 (22,2%) tinham parceiro fixo.

A média de idade em anos, do primeiro uso de álcool foi 13,33 (DP=1,44), de tabaco foi de 13,16 (DP=1,77), e de maconha 13,48 (DP=1,46). Com relação ao auto-relato sobre familiares com uso de drogas, 15 (56,6%) sujeitos da amostra referiram ter algum familiar com uso de alguma droga ilícita, e 16 (59,3%) sujeitos referiram algum familiar próximo com uso de tabaco e álcool.

No grupo da Psicoeducação, a média de idade foi de 17,24 (DP=4,45), a maioria dos sujeitos foi de sexo masculino ( $n=19, 90,5\%$ ), que estudava atualmente ( $n=18, 85,7\%$ ), com a média de anos de estudo de 7,76 (DP=1,76), apenas 3 (14,3%), sujeitos trabalhavam no momento da avaliação, 10 (47,6%) sujeitos relataram ser de classe baixa, 5 (23,7%) sujeitos cometeram o ato infracional de porte de drogas, 18 (85,7%) sujeitos moravam com os pais e apenas 3 (14,3%) sujeitos tinham parceiro fixo. A média de idade, em anos, do primeiro uso de álcool, foi de 13,89 (DP=1,49), de tabaco foi de 13,00 (DP=2,83) e de maconha foi de

14,05 (DP=2,21). Com relação ao auto-relato sobre familiares com uso de drogas, 16 (59,3%) sujeitos da amostra referiram ter algum familiar com uso de alguma droga ilícita(s), 21 (71,4%) sujeitos, algum familiar com uso de álcool, e 19 (62,2%) sujeitos referiram algum familiar próximo com uso de tabaco. Dados sobre frequência de diagnósticos de dependência e transtornos disruptivos serão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1 - Descrição da frequência e porcentagem de resultados dos participantes com diagnóstico de dependência de substâncias e transtornos disruptivos**

	<i>Grupo EM</i> (N=27)	<i>Grupo Psicoeducação</i> (N=21)	<i>p</i>
Dependência de álcool	0	0	**
Abuso de álcool	21 (77,8%)	11 (52,4%)	0,122
Dependência de tabaco	21 (77,8%)	11 (52,4%)	0,122
Abuso de tabaco	0	4 (19%)	0,031
Dependência de maconha	18 (66,7%)	11 (52,4%)	0,380
Abuso de maconha	9 (33,3%)	6 (28,6%)	0,764
Dependência de cocaína	0	1 (4,8%)	0,426
Abuso de cocaína	4 (14,8%)	1 (4,8%)	0,377
Dependência de crack	2 (7,4%)	1 (4,8%)	1,00
Abuso de crack	6 (22,2%)	1 (4,8%)	0,112
Dependência de solvente	1 (3,7%)	1 (4,8%)	1,00
Abuso de Solvente	2 (7,4%)	2 (9,5%)	1,00
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	11 (40,7%)	2 (9,5%)	0,022
Transtorno Opositivo Desafiador	7 (25,9%)	1 (4,8%)	0,115
Transtorno de Conduta	10 (37%)	6 (22,2%)	0,761
Inventário de Ansiedade de Beck (Categoria Leve)	13 (48,1%)	13 (61,9%)	0,548
Inventário de Depressão de Beck (Categoria Leve)	13 (48,1%)	13 (61,9%)	0,639

\*Variáveis relacionadas através do teste *Qui-quadrado*.

\*\*Valor inexistente pela ausência de sujeitos dependentes de álcool em ambos os grupos.

Conforme os resultados obtidos na Tabela 1, com relação aos diagnósticos para o uso de substâncias, percebe-se uma homogeneidade dos grupos: nenhuma dependência de álcool, uma porcentagem um pouco maior para dependentes de tabaco, porcentagens semelhantes em dependentes de maconha, crack e solventes; e, no grupo controle, um dependente de solvente.

No grupo da EM, há uma frequência maior de comorbidades que no grupo da Psicoeducação para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositivo Desafiador (TOD); entretanto, as frequências de Transtorno de Conduta (TC) foram semelhantes nos dois grupos.

A Tabela 2, descrita abaixo apresenta a mediana da frequência semanal de álcool, tabaco e maconha, em cada um dos grupos.

**Tabela 2 - Consumo de drogas em medianas de unidades para cada droga**

<i>Consumo Semanal</i>	<i>Grupo EM (N=27)</i>			<i>Grupo Psicoeducação (N=21)</i>		
	Antes	Depois	p	Antes	Depois	p
Álcool (ml)	1500 (200; 1500)	350 (0,83; 1500)	0,173	11,55 (0; 1500)	11,78 (0; 937,5)	0,035
Tabaco (número de cigarros)	77 (12; 140)	70 (7; 77)	0,001	33 (1,75; 77)	7 (5,25; 77)	0,057
Maconha (número de cigarros)	3 (0; 9)	0 (0; 1,5)	0,013	6 (1; 15)	0,5 (0; 1,75)	0,020

\*Variáveis relacionadas através do teste Não-Paramétrico *Wilcoxon*.

Conforme os dados descritos da Tabela 2, no grupo da EM houve diminuição no consumo de tabaco ( $p=0,001$ ) e maconha ( $p=0,013$ ) depois da intervenção; e no grupo da Psicoeducação, houve redução do consumo de álcool ( $p=0,035$ ) e de maconha ( $p=0,020$ ) após a intervenção. É importante atentar que no resultado referente ao consumo de álcool do Grupo Psicoeducação, houve aumento da mediana, mas o intervalo interquartil diminuiu, caracterizando a diminuição do consumo. Entretanto, não houve diferença nos consumo de álcool ( $p=0,190$ ), de tabaco ( $p=0,422$ ) e de maconha ( $p=0,732$ ) nos grupos, comparando as duas técnicas. Resultados referentes ao estágio motivacional da Pré-contemplação serão apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3 - Média de escore do estágio Pré-contemplação com análise de variância em medidas repetidas**

Grupo	Tempo				Total	
	Inicial		Final		Média	Desvio-padrão
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
Entrevista Motivacional	13,78	4,49	11,52	3,81	12,65 <sup>B</sup>	4,28
Psicoeducação	17,19	4,65	16,10	5,50	16,64 <sup>A</sup>	5,06
Total	15,27 <sup>a</sup>	4,83	13,52 <sup>b</sup>	5,12	14,40	5,03

Médias seguidas de letras maiúsculas distintas e médias seguidas de letras minúsculas distintas diferem significativamente através da Análise de Variância, utilizando delineamento em medidas repetidas, ao nível de significância de 5%.

Os dados descritos na Tabela 3 mostram que a média de valor de escore do estágio Pré-contemplação, independente de grupo, foi significativamente maior no tempo inicial que no tempo final ( $F=4,99$ ,  $p=0,030$ ). Em relação aos grupos, independente do tempo, a média do escore do grupo Psicoeducação foi significativamente maior que do grupo da EM ( $F=13,06$ ,  $p=0,001$ ). Não houve interação significativa entre os fatores tempo e grupo ( $F=0,60$ ,  $p=0,442$ ). Os Resultados referentes ao estágio motivacional da Contemplação serão apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4 - Média de escore do estágio Contemplação com análise de variância em medidas repetidas complementada pelo Teste de Comparações Múltiplas de Tukey**

Grupo	Tempo				Total	
	Inicial		Final		Média	Desvio-padrão
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
Entrevista Motivacional	25,44 <sup>Aa</sup>	3,00	23,52 <sup>Aa</sup>	4,70	24,48	4,03
Psicoeducação	21,14 <sup>Ba</sup>	4,82	21,67 <sup>Aa</sup>	3,69	21,40	4,25
Total	23,56	4,42	22,71	4,35	23,14	4,38

Médias seguidas de letras maiúsculas distintas e médias seguidas de letras minúsculas distintas diferem significativamente através da Análise de Variância, utilizando delineamento em medidas repetidas, ao nível de significância de 5%.

A Tabela 4 mostra que, no tempo inicial, o grupo EM apresentou média significativamente maior do que no grupo ( $F=8,89$ ,  $p=0,005$ ); no tempo final, essa diferença não foi significativa, havendo interação significativa entre os fatores tempo e grupo ( $F=4,19$ ,

p=0,047). Em ambos os grupos não houve diferença significativa nas médias em relação aos tempos (F= 1,37, p=0,248). Os resultados referentes ao estágio motivacional da Ação serão descritos na Tabela 5.

**Tabela 5 - Média de escore da Ação análise de variância em medidas repetidas**

Grupo	Tempo				Total	
	Inicial		Final		Média	Desvio-padrão
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
Entrevista Motivacional	24,44	3,82	24,41	3,96	24,43	3,85
Psicoeducação	22,24	4,99	24,19	4,43	23,21	4,77
Total	23,48	4,46	24,31	4,13	23,90	4,30

Médias seguidas de letras maiúsculas distintas e médias seguidas de letras minúsculas distintas diferem significativamente através da Análise de Variância, utilizando delineamento em medidas repetidas, ao nível de significância de 5%.

Conforme a Tabela 5, em relação ao fator tempo, não houve diferença significativa entre a média total inicial e a média total final (F=3,04, p=0,088). Quanto ao fator grupo, não houve diferença significativa entre as médias totais dos grupos (F=1,18, p=0,283). Não foi constatada interação entre os fatores tempo e grupo (F=3,28, p=0,077). Os resultados referentes ao estágio motivacional da Manutenção serão apresentados na Tabela 6.

**Tabela 6 - Média de escore do estágio Manutenção com análise de variância em medidas repetidas**

Grupo	Tempo				Total	
	Inicial		Final		Média	Desvio-padrão
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
Entrevista Motivacional	19,15	6,35	19,07	4,98	19,11	5,65
Psicoeducação	17,29	5,73	17,95	4,09	17,62	4,93
Total	18,33	6,09	18,58	4,60	18,46	5,37

Médias seguidas de letras maiúsculas distintas e médias seguidas de letras minúsculas distintas diferem significativamente através da Análise de Variância, utilizando delineamento em medidas repetidas, ao nível de significância de 5%.

Em relação ao fator tempo, não houve diferença significativa entre a média total inicial e a média total final (F=0,17, p=0,682). Quanto ao fator grupo, não houve diferença significativa entre as médias totais dos grupos (F=1,14, p=0,291). Não foi constatada interação entre os fatores tempo e grupo (F=0,27, p=0,608). Resultados referentes à Prontidão para Mudança serão apresentados na Tabela 7.



**Tabela 7 - Média de escore de Prontidão para Mudança com análise de variância em medidas repetidas**

<i>Grupo</i>	<i>Tempo</i>				<i>Total</i>	
	<i>Inicial</i>		<i>Final</i>		<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>		
Entrevista Motivacional	9,21	2,29	9,25	2,07	9,23 <sup>A</sup>	2,16
Psicoeducação	7,25	2,50	7,95	1,98	7,60 <sup>B</sup>	2,26
Total	8,35	2,56	8,68	2,11	8,52	2,34

Médias seguidas de letras maiúsculas distintas e médias seguidas de letras minúsculas distintas diferem significativamente através da Análise de Variância, utilizando delineamento em medidas repetidas, ao nível de significância de 5%.

Em relação ao fator tempo, não houve diferença significativa entre a média total inicial e a média total final ( $F=1,6$ ,  $p=0,212$ ). Quanto ao fator grupo, independente do tempo, o grupo da EM teve média de prontidão para mudança significativa maior ( $F=8.7$ ,  $p=0,007$ ) que o grupo da Psicoeducação. Não foi constatada interação entre os fatores tempo e grupo ( $F=1,3$ ,  $p=0,260$ ).

## **Discussão**

O objetivo principal das intervenções breves é atingir suas metas em um curto período de tempo. Neste estudo, inicialmente, o objetivo foi verificar se a Entrevista Motivacional, realizada em 5 sessões, poderia diminuir o consumo de drogas em adolescentes que cometeram ato infracional e que usavam drogas, bem como aumentar a sua motivação para mudança, diminuindo a ambivalência entre mudar ou não o comportamento de uso de drogas; e, para isso, a Psicoeducação seria uma técnica controle. No entanto, os resultados mostraram que tanto o grupo que recebeu a EM quanto o grupo que recebeu Psicoeducação, diminuíram o consumo de drogas demonstrando que as duas técnicas podem ser aplicadas à esta população.

O grupo da EM diminuiu o consumo de maconha e tabaco também, e não houve redução significativa do uso de álcool. Gray, McCambridge e Strang (2005) realizaram um

estudo com adolescentes com média de idade de 17 anos que receberam sessão única de EM, e com outro grupo que não recebeu tratamento. O grupo que recebeu EM foi avaliado 3 meses depois e havia reduzido o uso de tabaco, mas não o uso de álcool e maconha. Outros estudos (Colby et al., 1998; Colby & cols, 2005) relatam a redução do uso de tabaco e maconha, em sujeitos submetidos a EM (Andretta & Oliveira, 2008; Martin, Copeland & Swift 2005; D'Amico, Miles, Stern & Meredith, 2008; White, Morgan, Pugh, Celinska, Labouvie & Pandina, 2005). A redução de álcool é relatada por diversos estudos em adolescentes tratados com EM (Borsari & Carey, 2000; Monti et al, 1999; Tevyaw & Monti, 2004), entretanto, neste estudo, esse efeito não foi constatado.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado por Marsden, Stillwell, Barlow, Boys, Taylor, Hunt e Farrel (2006), com adolescentes entre 16 e 22 anos, usuários de múltiplas drogas, tratados com EM em dois grupos, com o mesmo número de sessões de tratamento. A diferença entre os grupos é que um deles não recebeu *feedback* da avaliação, princípio típico da EM, recebendo apenas informações sobre drogas. Não houve diferença nos resultados comparando as duas técnicas e também não houve redução no uso de cocaína, crack, *ecstasy* e álcool, nesta população.

O grupo da Psicoeducação diminuiu o consumo de maconha e álcool. De acordo com um estudo de revisão sistemática realizada por Tait e Hulse (2003), intervenções breves em adolescentes alcançam índices de redução altas em álcool e pequenas reduções em tabaco e múltiplas drogas. Kaminer, Burlenson e Goldenberger (2002), compararam Terapia Cognitivo-Comportamental e Psicoeducação como controle, para reduzir o consumo de drogas em adolescentes, e na reavaliação, realizada após 3 meses, os índices de recaída foram menores no grupo de terapia, mas, na reavaliação realizada 9 meses depois, os índices de recaídas, foram iguais nos grupos que receberam as duas técnicas.

No grupo da EM, a presença de comorbidades ao uso de drogas foi maior de TDAH que no grupo da Psicoeducação. O TOD também foi mais prevalente no grupo da EM, para fins diagnósticos, ele é suplantado pelo TC, e a prevalência deste foi semelhante nos dois grupos. Em um estudo realizado por Armstrong e Costello (2002), há o relato de que 60% dos adolescentes com diagnóstico de abuso ou dependência de substâncias têm algum diagnóstico de comorbidades, e a associação mais comum é com TDAH e com TOD, seguida por depressão. Neste mesmo estudo, está descrita a relação de uso de álcool com depressão e o uso de tabaco com transtornos de ansiedade, e de maconha com TDAH, resultado corroborado por outros estudos (French et al., 2008). Souza e Oliveira (2005), encontraram uma prevalência de TDAH 36,7% no grupo de usuários de drogas e 10% no grupo de adolescentes que não usavam drogas.

Outro estudo, realizado por Jane-Llopis e Matytsina (2006), descreve, além das associações já acima citadas, que existe associação entre o uso de drogas ilícitas com TC, além de sugerirem o tratamento de transtornos mentais como uma forma de prevenção ao uso de drogas. Myers, Stewart e Brown (1998) verificaram que existe a progressão do transtorno de conduta para transtorno anti-social de personalidade, em um estudo longitudinal com adolescentes usuários de drogas.

Os resultados deste estudo, no grupo da EM, podem ter ficado prejudicados devido ao número maior de comorbidades. Shane, Jasiukaitis e Green (2003) realizaram um estudo para avaliar resultados de tratamento em adolescentes usuários de drogas com comorbidades, e verificaram que, em comparação com adolescentes sem comorbidades, apresentam resultados menores em índices de abstinência e redução de consumo de drogas. De acordo com Moraes e Soares (2004), a prevalência de dependentes químicos pode ser de 20-50%, e o tratamento para dependência química pode não ser eficaz pela presença de comorbidades.

Alguns autores (Andretta & Oliveira, 2008; Blanchard, Morgenstern, Morgan, Labouvie & Bux, 2003) descrevem a motivação para mudança de comportamentos relacionados ao consumo de drogas em estágios que oscilam durante o processo. O grupo da EM estava menos pré-contemplativo, comparado ao grupo da Psicoeducação, durante todo o processo. Houve redução na média de pré-contemplação entre a avaliação e a reavaliação para os dois grupos, no entanto, não houve diferença significativa entre os grupos. Desta forma, as duas técnicas foram efetivas para a entrada no processo de mudança. Quando o adolescente está pré-contemplativo, acredita que não tenha nenhum problema com o uso de drogas, e quando a pré-contemplação diminui, ele está menos resistente para o processo de mudança.

Na contemplação, o grupo da EM estava mais contemplativo que o grupo da Psicoeducação no início do processo, mas, ao término do processo, esse resultado não se manteve, pois o grupo da Psicoeducação teve médias semelhantes aos da EM. Significa dizer que o grupo da EM diminuiu a contemplação, ou seja, teoricamente os sujeitos deste grupo deram-se conta dos prejuízos causados pelo uso de drogas em sua vida, e estariam aptos a começar a fazer algo em relação à mudança, mas isso não ocorreu porque nos estágios de ação e manutenção, não houve mudança significativa. Erol e Erdogan (2008) avaliaram os estágios motivacionais em uma população de adolescentes tabagistas na Turquia e encontraram redução na contemplação, aumento da ação e da manutenção nesta população após intervenção motivacional.

Não houve interação entre os fatores tempo e grupo nos estágios de ação e manutenção, e estes resultados, evidenciaram que, nesta população, estes formatos de intervenções não foram suficientes para que os adolescentes fizessem algo sobre mudar seu comportamento de uso de drogas. Apenas se deram conta dos prejuízos causados pelas substâncias, porém os resultados obtidos nos estágios ação e manutenção não se confirmaram

pelos resultados na avaliação do consumo de drogas, pois houve redução nas duas intervenções.

Outros autores (Callagan, Taylor, Moore, Jungerman, Vilela & Budney, 2008), descrevem a motivação para mudança de comportamentos, relacionado ao consumo de drogas, como uma medida única chamada de algoritmo de prontidão para mudança. O algoritmo é descrito como as médias da contemplação, da ação e da manutenção menos a média da pré-contemplação. Esse valor único seria o índice de prontidão para mudança, ou seja, o escore desse valor definiria o estágio motivacional que o sujeito se encontra neste momento. Os escores até 8 indicam pré-contemplação, de 8 a 11, contemplação, e acima de 12, ação. Neste estudo, usando-se a medida do algoritmo, os participantes do grupo da Entrevista Motivacional entraram e saíram do processo contemplativos e os da Psicoeducação entraram e saíram pré-contemplativos, não apresentando modificação na prontidão para mudança entre a avaliação e a reavaliação.

Alguns autores relatam uma inadequação da escala URICA para adolescentes usuários de drogas, colocando em dúvida a confiabilidade e sensibilidade para esta população, sugerindo novos estudos (DiClemente, Schlund & Gemmel, 2004; Callaghan et al., 2008). Outros autores (Greenstein, Franklin & McGuffin, 1999) afirmam que a URICA apresenta boa consistência interna e que pode ser utilizada para o entendimento de pesquisas e tratamento para mudanças na adolescência.

Neste estudo, houve algumas limitações e a principal foi o baixo número de adolescentes encaminhados para tratamento Segundo a Secretaria de Segurança do Estado do Rio Grande do Sul (comunicação pessoal, 23 de dezembro de 2008), em 2007 foram apreendidos 300 adolescentes, e em 2008, 367 adolescentes, por porte e tráfico, pela Delegacia de Pronto Atendimento da Criança e do Adolescente de Porto Alegre (DPPA/DECA). Entretanto, em 4 anos de coleta de dados, chegaram ao serviço,

especializado para o tratamento desta população, apenas 135 sujeitos, o que significa que apenas 1 adolescente a cada 10 dias foi encaminhado pela rede pública para o serviço ou, 3 a cada mês. Apesar dos critérios de inclusão, neste estudo, serem de conhecimento dos órgãos encaminhadores, o número de sujeitos encaminhados para avaliação foi pequeno, e, provavelmente, com uma amostra maior os resultados poderiam ser mais robustos, garantindo maior contribuição à ciência.

Ficam como sugestão para futuras pesquisas a filmagem das entrevistas para garantir maior fidedignidade da técnica e outras medidas, que não o auto-relato dos sujeitos como *Screening* Toxicológico para verificação do uso de droga. Entretanto, o auto-relato do consumo de drogas ainda é muito utilizado em pesquisas com drogas, pois ainda é o método com menor custo para aferição e pode ser considerado uma medida confiável se comparado a exames químicos (McCambridge & Strang, 2004).

## **Referências**

- American Psychiatric Association. (2002). *DSM IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (4a. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andretta, I. & Oliveira, M. (2005). A entrevista motivacional na adolescência. *Revista de Psicologia Clínica*, 17(2): 127-139.
- Andretta, I. & Oliveira, M. (2008). Um estudo sobre os efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estudos de Psicologia*, 25(1), 45-53.
- Armstrong, T. & Costello, J. (2002). Community Studies on Adolescent Substance Use, Abuse, or Dependence and Psychiatric Comorbidity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(6), 1224-1239.

- Battjes, R. J., Gordon, M. S., O'Grady, K. E., Kinlock, T. W., Katz, E. C., & Sears, E. A. (2004). Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*(2), 123-134.
- Becker, S. & Curry, J. (2008). Outpatient Interventions for Adolescent Substance Abuse: a Quality of Evidence Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(4), 531-543.
- Blanchard, K., Morgenstern, J., Morgan, T., Labouvie, E. & Bux, D. (2003) Motivational Subtypes and Continuous Measures of Readiness for Change: concurrent and predictive validity. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*(1), 56-65.
- Borsari, B. e Carey, K. (2000). Effects of brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*, 217-228.
- Brown, R., Ramsey, S., Strong, D., Myers, M., Kahler, C., Lejuez, C., Pallonen, U., Kazura, A., Goldstein, M. E Abrams, D. (2003). Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tobacco Control, 12*(Suppl. 4), 3-10.
- Callagan, R., Taylor, L., Moore, B., Jungerman, F., Vilela, F. & Budney, A. (2008). Recovery and Urica stage-of-changes scores in three marijuana treatments studies. *Journal of Substance Abuse Treatment, 35*, 419-426.
- Carlini, E., Galduroz, J., Notto, R. & Napo, S. (2002). *I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*. Centro Brasileiro de drogas Psicotrópicas. São Paulo: UNIFESP.
- Colby, S. M., Monti, P., Barnett, N., Rohsenow, D., Weissman, K., Spirito, A., Woolard, R. & Lewander, W. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Journal of consulting and clinical psychology, 66*(3), 574-578.
- Colby, S.M., Monti, P., Tevyaw, T., Barnett, N., Spirito, A., Rohsenow, D., Riggs, S. & Lewander, W. (2005). Brief intervention for adolescent smokers in medical setting. *Addictive Behaviors, 30*, 865-874.

- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- D'Amico, E., Miles, J., Stern, S. & Meredith, L. (2008) Brief interview for teens at risk of substance use consequences: a randomized pilot study in a primary care clinic. *Journal of substance abuse treatment*, 35, 53-61.
- Dennis, M. L., Titus, J. C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S. H., Tims, F., Kaminer, C. Y., Babor, T., Roebuck, M. C., Godley, M. D., Hamilton, N., Liddle, H., Scott, C. K. & C.Y.T. (2002) Steering Committee, The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design, and analysis plans, *Addiction*, 97(Suppl. 1), S16–S34.
- DiClemente, C., Schlundt, D. & Gemmell, B. S. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal of Addiction*, 13, 103-119.
- Diamond, G., Goodley, S., Liddle, H., Sampl, S., Webb, C., Tims, F. & Meyers, R. (2002). Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction*, 97(suppl. 1), 70-83.
- Dunn, C.W., Droesch, R.M., Johnston, B.D. & Rivara, F.P. (2004). Motivational interviewing with injured adolescents in the emergency department: In-session predictors of change. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 113-116.
- Erol, S. & Erdogan, S. (2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: the transtheoretical model-based study. *Patient Education Counseling*, 72, 42-48.
- French, M., Zavala, S., McCollister, K., Waldron, H., Turner, C. & Ozechowski, T. (2008) Cost-effectiveness analysis of four interventions for adolescents with a substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 272-281.



- Gray, E., McCambridge, J. & Strang, J. (2005). The effectiveness of motivational interviewing delivered by youth workers in reducing drinking, cigarette and cannabis smoking among young people: quasi-experimental pilot study. *Alcohol and Alcoholism*, 40(6), 535-539.
- Greenstein, D., Franklin, M. & McGuffin, P. (1999) Measuring motivation to change: an examination of the University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA) in adolescent sample. *Psychotherapy*, 36(1) 47-55.
- Jané-Llopis E. & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco e illicit drugs. *Drug and alcohol review*, 25, 515-536.
- Kaminer, Y., Burlison, J. & Goldberger, R. (2002). Cognitive-Behavioral Coping Skills and Psychoeducation Therapies for Adolescent Substance Abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 737-745
- Knapp, P., Luz, E., & Baldisserotto, G. (2001). Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In: Rangè, B. (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lawendowski, L. (1998). A motivational intervention for adolescent smokers. *Preventive Medicine*, 27(5), A29-A46.
- Lincourt, P., Kuettel, T. & Bombardier, C. (2002) Motivational interviewing in a rroup setting with mandated clients. A pilot study. *Addictive Behaviors*, 27, 381-391.
- Martin, G. & Copeland, J. (2008). The adolescent cannabis check-up: randomized of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 404-414.
- Martin, G., Copeland, J. & Swift, W. (2005). The adolescent cannabis check-up: feasibility of a brief intervention for young cannabis user. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 207-213.

- McCambridge, J. & Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99(1), 39-52.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marsden, J., Stillwell, G., Barlow, H., Boys, A., Taylor, C., Hunt, N. & Farrel, M. (2006) An evaluation of a brief intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol outcomes. *Addiction*, 101, 1014-1026.
- Monti, P., Colby, S. M., Barnett, N., Spirito, A., Rohsenow, D., Myers, M., Woolard, R. & Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67, 989-994.
- Moraes, E. C. & Soares, G. H. G. (2004). Comorbidade e dependência química: repercussões na adesão ao tratamento e evolução clínica. In: Tavares, L. A. & cols. *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA.
- Muck, R., Zempolich, K. A., Titus, J. C., Fishman, M., Godley, M. D. & Schwebel, R. (2001) An overview of the effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. *Youth Society*, 33, 143–168.
- Myers, M., Stewart, D. & Brown, S. (1998). Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. *Am J Psychiatric*, 155(4), 479-485.
- Sampl, S. & Kadden, R. (2001) *CYT: Cannabis Youth Treatment*. Connecticut: DHHS Publication.
- Secretaria Nacional Antidrogas (2004) *Maconha: Informações para os Adolescentes*. 5ª ed. Brasília, Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional.

- Shane, P., Jasiukaitis, P. & Green, R. (2003). Treatment outcomes among adolescents with substance abuse problems: the relationship between comorbidities and post-treatment substance involvement. *Evaluation and Program Planning*, 26, 393-402.
- Smith, T., Sell, S., Rodman, J., & Reynolds, L. (2006) Reducing Adolescent Substance Abuse and Delinquency Pilot Research of a Family-Oriented Psychoeducation Curriculum. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 15(4), 105-115.
- Souza, C. C. & Oliveira, M. O. (2005). Transtorno de Deficit de Atencao e Hiperatividade. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 99(3) 45-56.
- Stein, L., Monti, P., Lebeau-Craven, R., Miranda, R., Colby, S., Barnett, N. & Golembeske, C. (2006) Enhancing Substance Abuse Treatment Engagement in Incarcerated Adolescents. *Psychologic Services*, 3(1), 25-34.
- Szupczynski, K. & Oliveira, M. O. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13(1), 31-39.
- Tait, R. & Hulse, G. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review*. 22, 337-346.
- Tevyaw, T., Monti, P. (2004) Motivacional enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction*, 99(2), 63-75.
- White, H., Morgan, T., Pugh, L., Celinska, K., Labouvie, E. & Pandina, R. (2006). Evaluation two brief substance use interventions for mandated college students. *Journal of studies on alcohol*, 67, 309-317.

### **SEÇÃO 3**

## **ABANDONO DE TRATAMENTO DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS QUE COMETERAM ATO INFRACIONAL**

## **Introdução**

O abandono precoce nos tratamentos para dependência química ocorre quando o paciente termina o tratamento sem que haja um acordo entre ele e seu terapeuta em relação aos objetivos iniciais do tratamento. Segundo Manrique (2004), a adesão a tratamento se define como a consonância entre a conduta do pacientes com as instruções do terapeuta, e o término ou abandono, que são usados como sinônimo e a quando o paciente não cumpre o contratado com o terapeuta. Adesão, do latim *adhaesione*, significa, do ponto de vista etimológico, junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo. Adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde (Silveira & Ribeiro, 2005).

Wierzbicki e Pekarik (1993) realizaram um estudo de metanálise sobre abandono, em psicoterapia, e os índices ficaram em torno de 30 a 60% nos estudos selecionados. Também identificaram que os maiores abandonos terapêuticos se dão nos contextos de dependência química e tratamento para transtornos mentais, e que estes podem estar ligados a variáveis do paciente, como baixo nível socioeconômico, pacientes do sexo feminino, baixa ansiedade e depressão e a inexperiência do terapeuta.

A permanência em tratamento por usuários de drogas é reconhecidamente muito baixa, (Garmendia, Avarado, Montenegro & Pino, 2008; Romaro & Capitão, 2003) e, na adolescência, esses índices são menores ainda devido à ausência de motivação para mudança, visto que a maioria dos adolescentes vem para tratamento encaminhados por outras fontes, como suas famílias, escola ou o sistema de justiça (Andretta & Oliveira, 2005; Waldron & Kaminer, 2004).

Os índices de abandono aos tratamentos na adolescência, oscilam entre 20-60%, e estas perdas merecem atenção dos pesquisadores, pois os resultados de quem permanece em tratamento são sempre melhores do que daqueles que não permaneceram (Garmendia et al., 2008; Titus & Godley, 1999). Lawendowski (1998) refere que 50% dos adolescentes não retornam depois do primeiro contato, e que até 70% das amostras de adolescentes podem abandonar o tratamento prematuramente. Um estudo de metanálise, realizado por Dutra, Strathopoulos, Basden, Leyro, Powers e Otto (2008), investigou a eficácia de tratamentos cognitivo-comportamental em usuários de drogas, e identificou que 35,4% dos participantes abandonaram o tratamento antes de terminá-lo. Usuários de cocaína e opióides obtiveram as maiores taxas de abandono (42% e 37% respectivamente) quando comparados aos usuários de maconha ou múltiplas drogas (27,8% e 32,3% respectivamente).

São poucos os estudos que analisam os fatores relacionados à abandono a tratamento. A maioria dos estudos mostra seus resultados e apresentam as taxas de abandono, mas não justificam o que houve para contribuir com as perdas. Muitas vezes, entender o porquê do não resultado, ou do resultados negativos, ou o porquê houve o abandono do tratamento, é, mais importante que descrever o processo (Reisinger, Bush, Colomh, Agar & Battjes, 2003).

D'Amico, Miles, Stern e Meredith (2008) realizaram um estudo com 42 adolescentes, 26 no grupo controle e, 38 no grupo experimental que receberam um tratamento com Entrevista Motivacional. Voltaram para a reavaliação 20 (86%) sujeitos no grupo controle e 22 (56%) sujeitos no grupo experimental; entretanto, os autores não discutiram estes resultados.

Jungerman, Andreoni e Laranjeira (2007), em um estudo brasileiro com adolescentes usuários de maconha, alocaram 56 sujeitos no grupo que recebeu intervenção por 1 mês, 52 sujeitos no grupo que recebeu intervenção por 3 meses, e 52 sujeitos no grupo que não

recebeu intervenção. Retornaram para reavaliação, ou seja, finalizaram o processo completo de tratamento, 37 sujeitos (66,1 %), 27 (51,9%) e 35 (75%) em cada grupo respectivamente.

Alguns fatores são citados na literatura como preditivos para a adesão a tratamento na adolescência. São eles: características demográficas, variáveis ambientais e sociais, e tipo de tratamento recebido, além da boa aliança terapêutica e do relato de satisfação com o tratamento (Tetzlaff, Kahn, Godley, Godley, Diamond & Funk, 2005). Estrutura familiar também é descrita como uma variável demográfica de proteção, e problemas familiares sociais e psicológicos, e gravidade da sintomatologia são fatores de risco para o abandono. (Dakof, Tejada & Liddle, 2001).

O objetivo deste estudo foi verificar quais foram os fatores ligados ao abandono precoce do tratamento em usuários de drogas que cometeram ato infracional, que estavam em medida sócio-educativa, encaminhados para tratamento para dependência química.

## **Método**

Este estudo se caracteriza por ser uma pesquisa de cunho quantitativo do tipo transversal, que objetiva identificar fatores relacionados ao abandono precoce ao tratamento para dependência química.

### *Amostra*

Participaram deste estudo 135 adolescentes usuários de drogas, que cometeram ato infracional e que foram atendidos pelo Programa de Atendimento á Adolescente Autores de Ato infracional do Laboratório de Intervenções Cognitivas (LABICO) no período entre abril de 2004 a novembro de 2008, no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia. Os

mesmos foram encaminhados para tratamento por instituições responsáveis pela execução de medida sócio-educativa. Os critérios de inclusão para o preenchimento do protocolo de pesquisa foram: ser usuário de drogas e ter cometido ato infracional, ter escolaridade mínima da 5ª série e idade entre 12 e 19 anos; e os critérios de exclusão foram: ter síndrome de privação grave ou alguma dificuldade cognitiva que prejudicasse seu entendimento.

### *Instrumentos*

No programa de atendimento, foram aplicados os seguintes instrumentos:

- 1) Protocolo de avaliação de dados sócio-demográficos;
- 2) Entrevista semi-estruturada para avaliação de padrão de consumo, relação e diagnóstico com as drogas e presença de comorbidades, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association [APA], 2002*);
- 3) O Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), têm por objetivo avaliar a intensidade dos sintomas de ansiedade e de depressão, tanto em pacientes psiquiátricos como na população em geral. Ambos foram validados para o Brasil por Cunha (2001) que apresenta estudos psicométricos, sendo o coeficiente de fidedignidade do BAI de 0,92 e do BDI de 0,89.

### *Procedimentos*

Os adolescentes vinculados a este estudo foram encaminhados pelo Sistema de Justiça, e, ao comparecerem ao programa de atendimento de tratamento, realizavam avaliação, tratamento e reavaliação de resultados de mudança. Os pacientes que aderiram ao programa foram aqueles que concluíram todas as etapas deste processo.



Todos os adolescentes participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar do estudo; e os adolescentes com menos de 18 anos, os responsáveis dos adolescentes foram informados, e concordaram com a pesquisa. Assegurou-se a devolução dos dados da avaliação obtidos a todos os sujeitos. As entrevistas foram individuais, durando, aproximadamente, de 45 a 60 minutos para cada participante.

### *Análise dos dados*

Dados quantitativos serão descritos por média, desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, dependendo de sua distribuição; e dados qualitativos, por frequência absoluta e relativa. Para avaliação das variáveis categóricas, foi utilizado o teste *Qui-quadrado*. Para comparar a média das variáveis com distribuição normal em relação à adesão ao tratamento foi utilizado o teste *T de Student*. Os escores das variáveis que não apresentaram distribuição normal foram analisados em relação à adesão ao tratamento através do Teste Não-Paramétrico *Mann-Whitney*. Os dados foram compilados no software estatístico SPSS e o nível de significância foi de 5%. A partir dos resultados significativos, fez-se análise bivariada através da Regressão Logística.

### **Resultados**

Participaram deste estudo, 135 adolescentes que completaram o protocolo de avaliação para este estudo. Destes, 48 adolescentes (35,6% da amostra total) finalizaram o programa de atendimento e chamados, a partir de agora, de grupo que aderiu ao tratamento

(GA), e 87 adolescentes (64,4%) não completaram todo o processo e serão chamados, a partir de agora, de grupo que não aderiu ou abandonou o tratamento (GN).

Iniciaram algum tipo de intervenção 70 (51,9%) adolescentes, sendo alocados 36 (26,7%) no grupo da Entrevista Motivacional e 34 (25,2%) no grupo da Psicoeducação. Dos adolescentes que foram alocados no grupo da Entrevista Motivacional, 4 (11,1% do grupo) abandonaram o processo antes de concluir a intervenção, e outros 5 (13,9% do grupo) antes da conclusão da reavaliação. Já no grupo da Psicoeducação, 11 (32,3% do grupo) abandonaram o processo antes de concluir a intervenção, e outros 2 (5,9% do grupo), antes de concluir a reavaliação. Ao relacionarmos o grupo ao qual o sujeito foi alocado com a etapa em que ocorreu o abandono do processo, não encontramos diferença estatisticamente significativa ( $p=0,072$ ).

Concluíram o processo, no grupo da Entrevista Motivacional 27 (75% do grupo) adolescentes e no da Psicoeducação 21 (61,8% do grupo). Comparando os que foram alocados em cada grupo e aderiram ao tratamento não houve diferença estatística ( $p=0,459$ ).

A Figura 1 ilustra como a amostra se constituiu durante o processo de tratamento.

Conforme a Tabela 1, o GA apresentou média de idade 16,3 (DP= 1,28), com 45 (93,8%) sujeitos do sexo masculino, 33 (68,8%) deles vive com os pais, 28 (58,3%) com ensino fundamental completo, estavam estudando no momento da avaliação 43 sujeitos (91,5%), já havia sido expulso 14 (29,8%). Em comparação ao GN, houve uma diferença significativa estatisticamente de  $p=0,001$  na variável estar estudando e já ter sido expulso. Em relação aos familiares usuários de drogas, 25 sujeitos (52,1%) afirmaram ter algum familiar com problemas relacionados com o uso de drogas ilícitas, 17 sujeitos (37%) afirmaram ter o pai problemas associados ao uso de álcool, 6 sujeitos (13%) indicaram ter a mãe problemas associados ao uso de álcool.

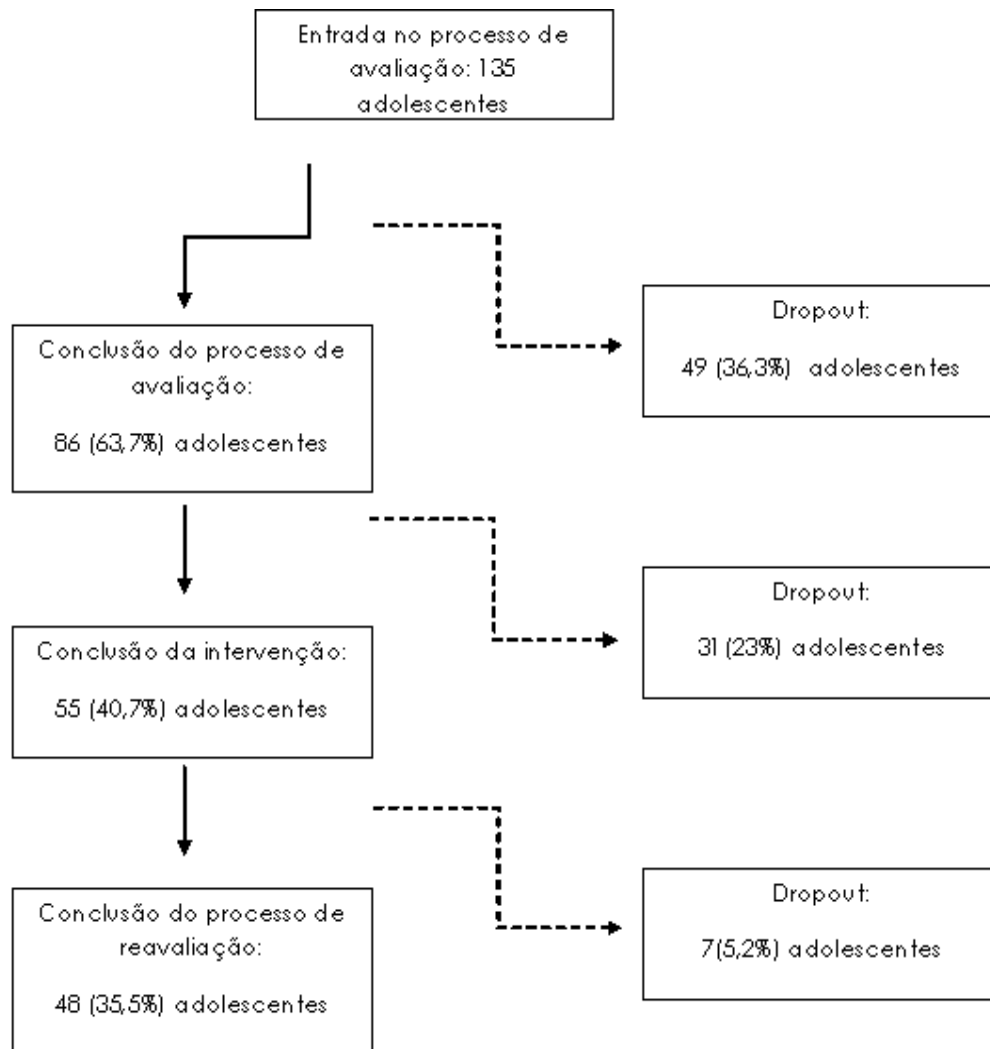
**Tabela 1 – Dados sócio-demográficos em frequência e média dos grupos**

Variável	GA (N=48)				GN (N=87)				p
	N	%	Média	DP	N	%	Média	DP	
Sexo	48				87				
Feminino	3	6,3			6	6,9			1,00
Masculino	45	93,7			81	93,1			
Idade			16,3	1,28			16,3	1,37	0,444
Estudo									
Sim	43	91,5			47	55,3			0,001
Não	4	8,5			38	44,7			
Expulsão ou suspensão									
Sim	14	29,8			52	61,9			0,001
Não	33	70,2			32	38,1			
Familiar com uso de drogas ilícitas	25	52,1			41	50			0,857
Pai com uso de álcool	17	37			22	26,5			0,235
Mãe com uso de álcool	6	13			13	15,7			0,799
Pai com uso de tabaco	13	28,3			20	24,1			0,376
Mãe com uso de tabaco	13	28,3			27	32,5			0,383

\* Variáveis apresentadas em forma de frequência absoluta relacionadas com a variável adesão através do teste *Qui-quadrado* e variáveis apresentadas por média e desvio padrão relacionadas com a variável adesão através do teste *T de Student*.

O GN apresentou média de idade de 16,3 (DP=1,37), com 81 sujeitos (93,1%) do sexo masculino; 36 (41,9%) vivem com os pais, 65 (75,6%) tinham ensino fundamental incompleto, 47 sujeitos (55,3%) estavam estudando; e 52 sujeitos (61,9%) (sujeitos) já haviam sido expulsos, 41 sujeitos (50%) afirmaram ter familiar com problemas relacionados ao uso de drogas ilícitas, 22 sujeitos (26,5%) afirmaram que o pai tinha problemas associados ao uso de álcool, 13 (15,7%) afirmaram que a mãe apresentava problemas associados ao uso de álcool. A Tabela 2 apresenta as médias de idade de início do uso de cada droga.

**Figura 1 – Constituição da amostra.**



**Tabela 2 - Média de idade de início do uso de drogas**

<i>Variável</i>	<i>GA</i> (Média – DP)	<i>GN</i> (Média – DP)	<i>p</i>
Idade do primeiro uso de álcool	13,6 (1,47)	12,8 (2,13)	0,003
Idade do primeiro uso de tabaco	13,1 (2,24)	12,6 (2,17)	0,955
Idade do primeiro	13,7 (1,69)	13,4 (1,82)	0,582

uso de maconha			
Idade do primeiro	14,7 (1,97)	14,1 (1,75)	0,386
uso de cocaína			
Idade do primeiro	14,8 (1,72)	14,7 (1,48)	0,347
uso de crack			
Idade do primeiro	14,3 (1,81)	13,8 (2,08)	0,151
uso de solvente			

\* Variáveis correlacionadas através do teste *T de Student*.

Conforme os resultados da Tabela 2, nos dois grupos, a média de anos para o início de drogas é semelhante, com exceção ao álcool, que é significativamente inferior ( $p=0,003$ ) a idade de início do uso de todas as substâncias ficam em torno de 12 a 14 anos. De acordo com a Tabela 3, a maioria dos adolescentes participantes deste estudo já fez ou faz uso atual de álcool, tabaco e maconha. A metade deles já fez uso de cocaína, mas usa atualmente apenas uma pequena porcentagem da amostra, sendo que, no GN é maior que no GA ( $p=0,017$ ).

**Tabela 3 – Freqüência do uso de drogas atual e na vida**

<i>Variável</i>	<i>GA</i> (N e %)	<i>GN</i> (N e %)	<i>p</i>
Uso de bebida alcoólica na vida	47 (97,9%)	83 (98,8%)	1,000
Uso de bebida alcoólica atualmente	39 (81,3%)	59 (72%)	0,294
Uso de tabaco na vida	43 (89,6%)	70 (82,4%)	0,319
Uso de tabaco atualmente	35 (72,9%)	60 (71,4%)	1,000
Uso de maconha na vida	47 (97,9%)	86 (98,9%)	1,000
Uso de maconha atualmente	33 (68,8%)	54 (65,1%)	0,705
Uso de cocaína na vida	22 (45,8%)	45 (52,9%)	0,473
Uso de cocaína atualmente	1 (2,1%)	13 (15,7%)	0,017
Uso de crack na vida	19 (39,6%)	42 (49,4%)	0,285
Uso de crack atualmente	1 (2,1%)	11 (13,3%)	0,055
Uso de solvente na vida	28 (58,3%)	43 (51,2%)	0,471
Uso de solvente atualmente	3 (6,3%)	7 (8,8%)	0,742

\* Variáveis relacionadas através do teste *Qui-quadrado*.

Segundo os resultados apresentados na Tabela 4, a mediana do consumo de álcool é maior no GA; no entanto, as variações são semelhantes. O consumo semanal de tabaco é semelhante nos dois grupos; e o de maconha é um pouco maior no GA. Em relação ao consumo de cocaína, crack e solventes, o número de usuários foi baixo justificando este resultado de medianas.

**Tabela 4 - Mediana do consumo semanal de substâncias em unidades**

Variável	GA	GN	<i>p</i>
Álcool (ml)	750 (87; 1325)	350 (56; 1600)	0,671
Tabaco (cigarros)	70 (0; 140)	70 (0; 140)	0,853
Maconha (cigarros)	3 (0; 14)	1 (0; 9,25)	0,474
Cocaína (gr)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	0,261
Crack (pedras)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	0,250
Solvente (ml)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	0,881

\* Variáveis relacionadas através do teste Não-paramétrico *Mann-Whitney*.

Segundo os resultados da Tabela 5, há uma alta porcentagem de comorbidades nos dois grupos, principalmente em relação aos transtornos disruptivos. O Transtorno de Conduta (TC) é a prevalência mais alta, tanto no GA (36,4%) quanto no GN (32,8%), precedido pelo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e pelo Transtorno Opositivo Desafiador (TOD); entretanto, não há diferença entre os grupos.

**Tabela 5 - Descrição de frequência e porcentagem de diagnósticos por grupo**

Variável	GA ( <i>N e %</i> )	GN ( <i>N e %</i> )	<i>p</i>
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	13 (28,3%)	13 (21%)	0,495
Transtorno Opositivo Desafiador	8 (18,2%)	10 (16,4%)	0,800
Transtorno de Conduta	16 (36,4%)	20 (32,8%)	0,835
Dependência álcool	0 (0%)	3 (3,9%)	0,285
Abusador álcool	32 (66,7%)	42 (54,5%)	0,196

Dependência tabaco	32 (66,7%)	36 (43,9%)	0,018
Abusador de Tabaco	4 (8,3%)	23 (28%)	0,007
Dependência maconha	29 (60,4%)	30 (39,5%)	0,027
Abusador maconha	15 (31,3%)	33 (43,4%)	0,191
Dependência cocaína	1 (2,1%)	3 (3,7%)	1,000
Abusador de cocaína	5 (10,6%)	21 (25,9%)	0,042
Dependência crack	3 (6,4%)	14 (17,7%)	0,105
Abusador de crack	7 (14,9%)	14 (17,7%)	0,807
Dependência solvente	2 (4,2%)	5 (6,4%)	0,708
Abusador de solvente	4 (8,3%)	10 (12,8%)	0,565

\*Variáveis relacionadas através do teste *Qui-quadrado*.

Em relação aos diagnósticos relacionados ao uso de substâncias, há uma maior porcentagem de dependentes de álcool no GN (3,9%) e de dependentes de crack (17,7%), mas uma maior porcentagem no GA de dependentes de tabaco (66,7%) e de maconha (60,4%), inclusive, esta última, sendo estatisticamente, significativa ( $p=0,018$ ) para tabaco e ( $p=0,027$ ) para maconha. Há também uma prevalência maior no GN para drogas consideradas pesadas, como cocaína, crack e solventes, inclusive sendo de abusadores de cocaína estatisticamente significativa ( $p=0,042$ ).

A mediana de intensidade de sintomas de ansiedade no GA foi de 10 (6; 14), e no GN foi de 8 (2;13) ( $p=0,066$ ); e a mediana de intensidade de sintomas de depressão no GA foi de 12,5 (7; 18,75); e no GN 11 (7; 19) ( $p=0,804$ ), todos os escores foram classificados como mínimos.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 6, descrita abaixo, em relação à razão de chance para abandono do tratamento, foi identificado que os sujeitos que não estavam estudando apresentavam 7,69 vezes mais chance, e os que afirmaram terem sido expulsos ou suspensos da escola, em algum momento da vida, apresentaram 2,83 vezes mais chance de abandono.

Quem não apresentava diagnóstico de dependência de tabaco, teve razão de chance para abandono 1,56 vezes maior, abusadores de tabaco apresentaram 329% mais chance de abandono, os sujeitos que não possuíam diagnóstico de dependência de maconha apresentaram 134% mais chance de abandono, os indivíduos que faziam uso de cocaína no momento da avaliação apresentaram razão de chance para abandono 7,73 vezes superior dos que não faziam uso, e, por fim, abusadores de cocaína apresentaram 194% mais chance de abandono dos que os não abusadores.

**Tabela 6 – Razão de chance de abandono ao tratamento**

<i>Variável</i>	<i>RC</i>	<i>IC - 95%</i>
Não estudar	7,69	2,86 – 26,38
Expulso ou Suspenso	2,83	1,78 – 8,23
Não dependente de tabaco	1,56	1,22 – 5,37
Abusador de tabaco	3,29	1,38 – 13,29
Não dependente de maconha	1,34	1,12 – 4,90
Uso atual de cocaína	7,73	1,10 – 68,98
Abusador de cocaína	1,94	1,03 – 8,41

\*Cálculo de razão de chance feito através de regressão logística.

Ainda, foram relacionados os escores dos inventários BDI e BAI com os diagnósticos de dependência ou abuso de cada substância. A partir desses cálculos, foi possível identificar que abusadores de cocaína e abusadores de crack apresentavam escores de intensidade de sintomas superiores, no BDI, daqueles indivíduos que não possuíam estes diagnósticos ( $p=0,024$  e  $p=0,025$ , respectivamente). Dependentes de tabaco apresentaram uma tendência ( $p=0,051$ ) a obterem escores superiores no BDI maior do que os indivíduos que não apresentavam dependência desta substância. Já em relação aos escores do BAI, os dependentes de maconha apresentaram escores superiores do que indivíduos que não possuíam tal diagnóstico ( $p=0,028$ ).



As relações entre os escores do BDI e o diagnóstico de dependência de álcool ( $p=0,376$ ), abuso de álcool ( $p=0,914$  e  $p=0,494$ ), abuso de tabaco ( $p=0,473$ ), dependência de maconha ( $p=0,062$ ), abuso de maconha ( $p=0,563$ ), dependência de cocaína ( $p=0,749$ ), dependência de crack ( $p=1,000$ ), dependência de solvente ( $p=0,924$ ) e abuso de solvente ( $p=0,531$ ) não apresentaram relevância estatística.

Da mesma forma, as relações entre os escores do BAI e os diagnósticos de dependência de álcool ( $p=0,543$ ), abuso de álcool ( $p=0,494$ ), dependência de tabaco ( $p=0,511$ ), abuso de tabaco ( $p=0,090$ ), abuso de maconha ( $p=0,146$ ), dependência de cocaína ( $p=0,227$ ), abuso de cocaína ( $p=0,193$ ), dependência de crack ( $p=0,483$ ), abuso de crack ( $p=0,770$ ), dependência de solvente ( $p=0,676$ ) e abuso de solvente ( $p=0,719$ ) também não apresentaram relevância estatística.

## **Discussão**

Segundo Silveira e Ribeiro (2005), pacientes com diagnóstico de dependência química geralmente são responsabilizados pelo abandono do tratamento, portanto uma compreensão detalhada desta variável é necessária. Neste estudo, houve uma taxa de abandono de 64,7% da amostra em questão, fato este que causou surpresa para a equipe, pois como se tratavam de adolescentes que cometeram ato infracional e estavam em cumprimento de medida sócio-educativa, acreditava-se que houvesse controle maior pelos executores desta, criando algum tipo de contrato mais rígido na exigência de tratamento. Autores, como Reisinger et al. (2003), citam que a coerção para tratamento serve como uma importante função para a entrada de adolescentes em tratamento, principalmente, para aqueles que acreditam que não têm problemas com o uso de drogas. Dutra et al. (2008) refere que pacientes com pouco tempo de uso de drogas aderem menos aos tratamentos que usuários de

longo tempo, e, talvez, este fator possa ter contribuído com o abandono desta população, que ainda não tem consciência dos inúmeros prejuízos que as drogas lhes causou e lhes causarão.

A literatura descreve baixas taxas de adesão a tratamento na população de dependentes químicos (Garmendia et al. 2008; Winters, 1999) e, por este motivo, alguns estudos, principalmente norte-americanos, dão uma gratificação que pode variar de \$5 a \$25 dólares por sessão (Martin & Copeland, 2008; Walker, Roffman, Stephend, Berghuis & Kim, 2006) fazendo com que os retornos para reavaliação aumentem até para 90% em algumas pesquisas (McCambridge & Strang, 2004). Sem dúvida, esse é um fator extremamente motivador; entretanto, fica dificultosa a comparação de estudos brasileiros com outros países, quando envolvem a variável adesão a tratamento com reforço financeiro.

Neste estudo, a idade de início do uso de álcool está diretamente ligada ao abandono do tratamento, pois quanto mais cedo se consome álcool, menores são as chances de aderir ao tratamento. O uso precoce de álcool está relacionado com problemas futuros e atuais, mas a precocidade do uso desta droga está diretamente ligada ao abandono da terapia nos adolescentes dependentes químicos (Stueve & O'Donnell, 2005). A literatura descreve que o álcool é uma droga que demora mais para que o sujeito se transforme em dependente; entretanto, os prejuízos associados ao uso de drogas são inúmeros, como envolvimento em acidentes de trânsito, atos violentos, depredações materiais, homicídios e comportamentos sexuais promíscuos e levianos (Deas, 2008; De Micheli, Fisberg & Formigoni, 2004; Levy, Vaughan & Knight, 2002).

O uso de algum tipo de droga em algum momento na vida, nos participantes deste estudo, foi alto. Porém, os adolescentes que eram abusadores e não dependentes de tabaco apresentaram maior abandono ao tratamento, bem como os não dependentes de maconha. Estes resultados mostram que fornecer informações claras sobre o uso bem como sobre o diagnóstico acerca da relação que o adolescente tem com a droga, pode ser fator de auxílio na

permanência no tratamento. Quando se trabalham com informações claras sobre o prejuízo das drogas e sobre a evolução do processo de dependência, pode-se proporcionar uma maior conscientização dos adolescentes sobre o uso, e isso, por si só, pode ser motivador para o tratamento (French, Zavala, McCollister, Waldron, Turner & Ozechowski, 2008).

Dependentes de maconha apresentaram maior intensidade de sintomas de ansiedade e abusadores de crack e abusadores de cocaína, apresentaram maior intensidade de sintomas de depressão. A intensidade de sintomas de depressão e ansiedade costuma ser associada ao abandono de tratamentos por diversos estudos (Narciso & Paulilo, 2001; Castanha, Coutinho, Saldanha & Ribeiro, 2006; Malbergier & Schöffel, 2001), porém, alguns autores (Blume, Schmalzing & Marlatt, 2001; Cahill, Adinoff, Hosig, Muller & Pulliam, 2003) relatam a associação entre maior intensidade de sintomas depressivos e maior motivação para mudança, referindo que esse aumento na intensidade de sintomas pode estar associado a uma maior consciência das conseqüências do uso de drogas, aumentando sua motivação para tratamento. Cabe salientar, que, nesta população, os escores de sintomas de ansiedade e depressão foram mínimos e, segundo Wierzbicki e Pekarik (1993), baixa ansiedade e depressão são fatores para abandono terapêutico.

Estar usando cocaína atualmente e ser abusador desta droga, também, foram fatores relacionados ao abandono da terapia, e identificou-se uma tendência a esta relação também com indivíduos que usam crack atualmente. A literatura descreve vastamente (Manrique, 2004; Marsden, Stillwell, Barlow, Boys, Taylor, Hunt & Farrell, 2006; Dualibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008) o poder de lesividade de drogas, como a cocaína e o crack e sua associação com o abandono do tratamento. Dualibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), em estudo sobre o perfil de usuários de cocaína e crack, referem que existe uma relação positiva entre aderência ao tratamento e a multiplicidade de tratamentos propostos (grupos terapêuticos, suportes para familiares, tratamentos médicos). Esse resultado sugere que o enfoque para o tratamento

dessas drogas deve ser muito mais abrangente, intensivo e prolongado, muitas vezes podendo necessitar até tratamento hospitalar. Além disso, drogas, como a cocaína e o crack, têm um poder de causar dependência rapidamente, e os adolescentes são mais suscetíveis a sintomas de abstinência que os adultos (Muck, Zempolich, Titus, Fishman, Godley & Schwebel, 2001).

Os resultados mostraram que estar estudando e não ter sido expulso são fatores de proteção em relação ao abandono do tratamento, pois os adolescentes que estavam estudando durante o tratamento e não haviam sido expulsos, aderiram mais à terapia. Wierzbicki e Pekarik (1993) encontraram, em um artigo de metanálise, que baixos níveis educacionais e dificuldades escolares foram fatores relacionados com o abandono terapêutico nos estudos por eles analisados. Manrique (2004) também encontrou, em seu estudo, relação entre os baixos níveis educacionais e o abandono do tratamento e refere que este se dá pelo fato de que sujeitos com menor grau de instrução apresentam maior dificuldade de comunicação com os profissionais que os atendem.

Além do exposto anteriormente, devemos levar em consideração que a escola desempenha um importante papel na vida dos jovens, lhes proporcionando interação social, envolvimento com pares e grupos e possibilitando a auto-expressão; e é, neste contexto, também, que o jovem aprende a conviver em sociedade, tendo que obedecer regras e desenvolvendo habilidades para interagir com os demais. O abandono e o baixo comprometimento com atividades escolares são relacionados com problemas com o uso de drogas e comportamentos delinqüentes posteriores, comprovando o importante papel que a escola desempenha no comportamento dos jovens (Henry & Slater, 2007).

Para Fothergill, Ensminger, Green, Crum, Robertson e Juon (2008), repetências, saída prematura ou abandono da escola e suspensão, são fatores ligados ao uso de drogas, e o uso também interfere nos resultados escolares, sendo fatores que interagem entre si. Na

adolescência, as dificuldades escolares geralmente estão ligadas ao uso de drogas e aos transtornos disruptivos que podem ser comorbidades.

A presença de comorbidades foi alta nos dois grupos, principalmente, transtorno de conduta. Segundo Moraes e Soares (2004), a presença de comorbidades em dependentes químicos é de 20-50%, e o tratamento pode não ser eficaz quando há a presença de um diagnóstico adicional, esta também pode ser a responsável pelo abandono terapêutico (Winters, 1999). Segundo Lazaratou, Anagnostopoulos, Vlassopoulos, Tzavara & Zelios (2006), adolescentes com transtornos externalizantes (TDAH, TOD e TC) abandonam seus tratamentos, têm funcionamento negativo na escola e, em casa, e podem vir a se envolver com em problemas com a justiça.

A realização de estudos como este, avaliando fatores associados ao abandono, tem indiscutível relevância social, visto que possibilitam o aprimoramento dos tratamentos disponíveis. As limitações deste estudo foram não ter avaliado índices de satisfação do paciente com a terapia, não ter filmado as sessões de tratamento bem como não ter padronizado algum instrumento para a verificação da qualidade do atendimento. Indubitavelmente fica como sugestão para outros estudos a melhor avaliação desta variável, pois, segundo alguns autores (Lazaratou et al, 2006; Manrique, 2004), ela é fator condicional de sucesso terapêutico.

## **Referências**

American Psychiatric Association. (2002). *DSM IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (4a. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Andretta, I. & Oliveira, M. (2005). A entrevista motivacional na adolescência. *Revista de Psicologia Clínica*, 17(2): 127-139.

- Blume, A.W., Schmalting, K.B. & Marlatt, G. A.(2001). Motivation drinking behavior change depressive symptoms may not be noxious. *Addict Behav*, 26, 267-272.
- Cahill, M., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K., Pulliam, C.(2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addict Behav*, 28, 67-79.
- Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W. & Ribeiro, C. G. (2006). Repercussões psicossociais da depressão no contexto da AIDS. *Psicologia: ciência e profissão*, 26(1), 70-81.
- D'Amico, E., Miles, J., Stern, S. & Meredith, L. (2008) Brief interview for teens at risk of substance use consequences: a randomized pilot study in a primary care clinic. *Journal of substance abuse treatment*, 35, 53-61.
- Dakof, G. A., Tejada. M. & Liddle, H. A. (2001). Predictive of engagement in adolescent drug abuse treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 274-281.
- Deas, D. (2008). Evidence-based treatments for alcohol use disorders in adolescent. *Pediatrics*, 121, 348-354.
- De Micheli, D., Fisberg, M. & Formigoni, M. L. (2004) Estudo de efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Revista Associação Médica Brasileira*, 50(3), 315-313.
- Dualibi, L. B., Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(Supp. 4), S545-S557.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S., Leyro, T., Powers, M. & Otto, M. (2008) A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 2, 165-176.

- Fothergill, K., Ensminger, M., Green, K., Crum, R., Robertson, J. & Juon, H. (2008) The impact of early school behavior and educational achievement on adult drug use disorders: a prospective study. *Drug and alcohol dependence*, 92, 191-199.
- French, M., Zavala, S., McCollister, K., Waldron, H., Turner, C. & Ozechowski, T. (2008) Cost-effectiveness analysis of four interventions for adolescents with a substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 272-281.
- Garmendia, M. L., Avarado, M. E., Montenegro, M. & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social em la permanência de la abstinência del consumo de drogas. *Rev Med Chile*, 136, 169-178.
- Henry, K. L. & Slater, M. D. (2007). The contextual effect of school attachment on young adolescents' alcohol use. *Journal of School Health*, 77(2), 67-74.
- Jungerman, F., Andreoni, S. & Laranjeira, R. (2007). Short termo of same intensity but different duration interventions for cannabis users. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 120-127.
- Lazaratou, H., Anagnostopoulos, D., Vlassopoulos, M., Tzavara, C. & Zeliou, G. (2006). Treatment compliance and early termination therapy: a comparative study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 113-121.
- Lawendowski, L. (1998). A motivational intervention for adolescent smokers. *Preventive medicine*, 27, A29-A46.
- Levy, S., Vaughn, B., Knight, J. (2002). Intervencion en consulta para el abuso del substancias en los adolescents. *Revista de Toxicomanías*, 32, 26-35.
- Malbergier, A. & Schöffel, A. (2001). Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 160-167.
- Manrique, F. M. C. (2004). Factores del riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB*, 7, 172-180.

- Marsden, J., Stillwell, G., Barlow, H., Boys, A., Taylor, C., Hunt, N. & Farrell, M. (2006) An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol outcomes. *Addiction*, 101, 1014-1026.
- Martin, G. & Copeland, J. (2008) The adolescent cannabis check-up: randomized Trial of a brief intervention for Young cannabis users. *Journal of Substance Abuse treatment*, 34, 407-414.
- McCambridge, J. & Strang, J. (2004). The efficacy of single session motivational interviewing in reduce drug consumption and perceptions of drug related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99, 39-52.
- Moraes, E. C. & Soares, G. H. G. (2004). Comorbidade e dependência química: repercussões na adesão ao tratamento e evolução clínica. In: Tavares, L. A. & cols. *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA.
- Muck, R., Zempolich, K., Titus, J., Fishman, M., Godley, M. & Schwebel, R. (2001). An overview of effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. *Youth & Society*, 33(2), 143-168.
- Narciso, A. M. S. & Paulilo, M. A. S. (2001) Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes. *Serviço Social em Revista*, 4(1), 27-43.
- Reisinger, H., Bush, T., Colom, A., Agar, R. & Battjes, R. (2003) Navigation and engagement: how does one measure success? *Journal of drug issues*, 22, 777-800.
- Romaro, R. & Capitão, C. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade de São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1), 111-121.
- Silveira, L. M. & Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Núcleo de tecnologia educacional para saúde*. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Stueve, A. & O'Donnell, L. N. (2005). Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *American Journal of Public Health*, 95(5), 887-893.



- Tetzlaff, B. T., Kahn, J. H., Godley, S. H., Godley, M. D., Diamond, G. S. & Funk, R.R. (2005). Working alliance, treatment satisfaction, and patterns of posttreatment use among adolescent substance users. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 19(2), 199-207.
- Titus, J. & Godley, M. (1999). *What research tells us about the treatment of adolescent substance use disorders*. Chestnut Health Systems, august.
- Waldron, H. B. & Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 99(2), 93-105.
- Walker, D., Roffman, R., Stehnd, R., Berghuis, J. & Kim, W. (2006) Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 628-632.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993) A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 190-195.
- Winters, K. (1999). Treating adolescents with substance use disorders: an overview of practice issues and treatment outcome. *Substance Abuse*, 20(4), 203-225.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento das considerações finais é o da despedida de um trabalho, e talvez por este motivo, ele seja tão procrastinado por um pesquisador. Muitas vezes os prazos e as metas a serem cumpridas, fazem com que as idéias e as sínteses, ainda não muito amadurecidas, sejam difíceis de serem relatadas. Talvez o mais importante de todas as considerações, é a boa sensação que fica no pesquisador quando este consegue fazer uma contribuição relevante para a ciência, ou quando, no somatório final, ele se dê conta, que conseguiu ajudar a uma pessoa, ou, na maior das vitórias, a um grupo de pessoas. Esta é a sensação que tenho neste momento: apesar das inúmeras dificuldades, conseguimos ajudar algumas pessoas e, o melhor de tudo, é que este trabalho, a partir de agora, vai para o mundo, e talvez, possa ser incentivador para outros pesquisadores fazerem algo semelhante.

Todo o projeto de doutorado é um projeto longo, árduo, cansativo e oneroso, para todos os que nele se envolvem. Trabalhar com intervenções terapêuticas, principalmente na área da psicologia, com seres humanos, é quase uma insanidade. Para acentuar ainda mais a situação, testar uma técnica em adolescentes, usuários de drogas que vêm encaminhados para tratamento por encaminhamento judicial, é admitir trabalhar literalmente com a frustração. E foi esta a sensação que mais acometeu a equipe nestes 4 anos de coleta de dados. Frustração pela impotência em não poder resolver os problemas sociais desta população, frustração pelo paciente não voltar, frustração por ver resultados tão pequenos. Entretanto, a alegria em receber um “obrigado” no final do atendimento, compensava muita coisa. A vida de um psicólogo é assim, e a de um pesquisador é pior, pois ele tem que transformar o fenômeno todo em um formato metodológico e explicar, muitas vezes, o que ele ainda não entendeu, pois esta lidando com variáveis que não são controladas.

Intervenções breves mostram ser eficientes no tratamento da dependência química na adolescência, mas a motivação para tratamento é essencial. Talvez esta tese sirva como um questionamento apontando estratégias para lidar com a mudança que nunca é fácil de ser realizada. A mudança, de qualquer comportamento, é controlada por muitas variáveis e sempre que alguém faz alguma coisa ela está perdendo outra coisa. Esta é a ambivalência, muito bem descrita pelos pesquisadores que desenvolveram a Entrevista Motivacional. Na adolescência, pela própria experimentação, não há a tolerância para perdas, há sim a necessidade de ganhos e os terapeutas devem sempre estarem atentos a estas variáveis.

Neste estudo os dois tipos de intervenções ajudaram a estes adolescentes a reduzirem o consumo de drogas. Estas técnicas, também auxiliaram alguns adolescentes, a se darem conta que a droga lhes traz prejuízos, porém houve alguns problemas com as medidas da escala escolhida para avaliação. Houve uma discrepância entre as medidas da escala e os comportamentos apontados pelos adolescentes em relação ao seu consumo de drogas. Sugerem-se, inclusive, novas pesquisas para verificar se a URICA é a escala mais adequada nesta população. Também buscamos entender os fatores que contribuíram para o abandono precoce no tratamento e conseguimos atentar a ciência, que prevenção ao abandono se faz comprometendo o adolescente com a escola, favorecendo condições de ensino para que não haja repetências, cuidando de suas comorbidades, e criando fatores de proteção para o uso precoce de todas as drogas. Além disso, criando fatores de proteção para o não uso, fator que não foi o foco deste estudo.

Entretanto ainda falta muita coisa. Falta uma sensibilidade maior do poder público em buscar alternativas mais eficazes e que envolvam o maior número de pessoas, instituições e a população para auxiliar a resolução da dependência química na adolescência. Há uma dissociação evidente entre quem executa, quem acompanha e quem trata esta população, além de haverem divergências teóricas e, muitas vezes, opiniáticas, sem fundamentação, de

pessoas que não conhecem o fenômeno global. Faltam famílias efetivas, faltam escolas educativas, falta punição ressocializadora, falta vontade política e pública...

Tentamos fazer a nossa parte, e conseguimos. Estudamos muito sobre o que está se fazendo no mundo com esta população e encontramos que a Entrevista Motivacional é uma técnica excelente para estas situações. Aplicamos duas técnicas e as duas produziram bons resultados. Tentamos entender o que houve com os adolescentes que abandonaram o tratamento e encontramos resultados preciosos. Mais ainda temos muito que fazer: temos que ter um controle metodológico maior para a randomização dos grupos, precisamos ter um controle maior na técnica dos terapeutas, precisamos investir mais na sensibilização do poder público para que estes tenham “vontade política” de avançar com este projeto.

Espero, sinceramente, que este estudo sirva: para incentivar os terapeutas a acreditar em que existem possibilidades para as populações mais desacreditadas, aos pesquisadores que ousem em seus projetos, e as pessoas envolvidas nesta problemática, que estejam abertos a novas possibilidades e que tenham vontade e esperança de terem resultados positivos, pois todos nós ganharemos com isto.

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética da Universidade



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 0012/07-CEP

Porto Alegre, 05 de janeiro de 2007.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa, registro CEP 06/03462, intitulado: **"A efetividade da entrevista motivacional em adolescentes infratores"**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. José Roberto Goldim  
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)  
Profa Margareth da Silva Oliveira  
N/Universidade

**PUCRS**

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000  
Fone/Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

## Anexo 2: Roteiro de Entrevista

### 1. ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da Entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_ Entrevista n°: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Nome

Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Nome mãe: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Irmãos: \_\_\_\_\_

Quem vive com o adolescente? \_\_\_\_\_

Renda familiar: 1- ( ) 200 a 500 2-( ) 500 a 1000 3- ( ) 1000 a 1500 4- ( ) 1500 a 2000 5- acima de 2000

### Critério de Classificação Econômica Brasil (Sistema de Pontos)

#### • Posse de itens

	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Videocassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

#### Você vive com:

1 -( ) Pais

4 -( ) Amigos

2 -( ) Companheiro (a)

5 -( ) Sozinho

3 -( ) Filhos

6 -( ) Outro: \_\_\_\_\_

Trabalha atualmente? 1 -( ) Sim 2 -( ) Não Atividade: \_\_\_\_\_

Você estuda? 1 -( ) Sim 2 -( ) Não Qual a série? \_\_\_\_\_

Já teve alguma repetência? 1 -( ) Sim 2 -( ) Não Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Você já foi expulso ou suspenso da escola? 1 -( ) Sim 2 -( ) Não Por quê? \_\_\_\_\_

Os seus professores têm queixas a seu respeito? 1 -( ) Sim 2 -( ) Não

Quais? 1-( ) Falta de atenção 2 -( ) Conduta inadequada: palavrões, brigas 3 -( ) Desorganização

4 -( ) Falta de interesse 5 -( ) Não realiza as tarefas escolares

Desde quando (série escolar)? \_\_\_\_\_

Você tomou medicamentos nos últimos 5 dias? 1 -( ) Sim 2 -( ) Não. Quais medicamentos? \_\_\_\_\_

Relato de doenças clínicas: \_\_\_\_\_

Relato de perdas significativas: \_\_\_\_\_

Na sua opinião, alguém da sua família tem ou teve problemas associados ao uso de drogas ou bebidas alcoólicas? 1-( ) Sim 2-( ) Não

Se a resposta for sim, indique quais familiares na sua opinião apresentam ou apresentaram problemas associados ao uso de drogas ou álcool: (É possível assinalar mais de uma alternativa)

• **DROGAS ILÍCITAS:**

PAI: 1-( ) Sim 2-( ) Não;

AVÔ/AVÓ: 1-( ) Sim 2-( ) Não;

COMPANHEIRO (a): 1-( ) Sim 2-( ) Não;

MÃE: 1-( ) Sim 2-( ) Não;

IRMAO (s): 1-( ) Sim 2-( ) Não;

OUTRO 1-( ) Sim Qual \_\_\_\_\_ 2-( ) Não

• **ÁLCOOL:**

PAI: 1-( ) Sim 2-( ) Não;

AVÔ/AVÓ: 1-( ) Sim 2-( ) Não;

COMPANHEIRO (a): 1-( ) Sim 2-( ) Não;

MÃE: 1-( ) Sim 2-( ) Não;

IRMAO (s): 1-( ) Sim 2-( ) Não;

OUTRO 1-( ) Sim Qual \_\_\_\_\_ 2-( ) Não

• **TABACO:**

PAI: 1-( ) Sim 2-( ) Não;

AVÔ/AVÓ: 1-( ) Sim 2-( ) Não;

COMPANHEIRO (a): 1-( ) Sim 2-( ) Não;

MÃE: 1-( ) Sim 2-( ) Não;

IRMAO (s): 1-( ) Sim 2-( ) Não;

OUTRO 1-( ) Sim Qual \_\_\_\_\_ 2-( ) Não

• **1.1 USO DE SUBSTÂNCIAS**

**ÁLCOOL :**

Já usou bebida alcoólica na vida? 1-( ) Sim 2-( ) Não

Idade que usou bebida alcoólica pela primeira vez?

Usa atualmente? 1-( ) Sim 2-( ) Não

**Frequência do uso no último ano:**

No de dias: \_\_\_\_\_

**Qual é o tipo de bebida alcoólica que você costuma usar mais?**

1-( ) cachaça 2-( ) cerveja 3-( ) vinho 4-( ) champanhe 5-( ) Whisky 6-( ) Vodka  
7-( ) Tequila 8-( ) Licor 9-( ) Não usa atualmente 10-( ) Nunca usou

**Quantidade que costuma usar em ml:**

**Quantidade do ÚLTIMO uso em ml?**

**Tempo de abstinência da bebida alcoólica:**

1-( ) Não está abstinente 2-( ) 1 dia 3-( ) 1 semana 4-( ) 1 mês 5-( ) 6 meses  
6-( ) 1 ano 7-( ) mais de 1 ano 8-( ) Não usa atualmente 9-( ) Nunca usou

( ) Dependente ( ) Abusador ( ) uso esporádico ( ) Não usa

**TABACO :**

Já usou tabaco na vida? 1-( ) Sim 2-( ) Não

Idade que usou tabaco pela primeira vez?

Usa atualmente? 1-( ) Sim 2-( ) Não

**Frequência do uso no último ano:**



- 1 - ( ) Todos os dias      2 - ( ) 5 a 6 vezes p/ semana      3 - ( ) 3 a 4 vezes p/ semana  
4 - ( ) 1 a 2 vezes p/ semana      5 - ( ) 3 a 4 dias por mês      6 - ( ) 1 a 2 dias por mês  
7 - ( ) menos de 1 dias por mês      8 - ( ) Não usa atualmente      9 - ( ) Nunca usou

**Quantos cigarros você fuma por dia?**

---

**Tempo de abstinência do tabaco:**

- 1 - ( ) Não está abstinente    2 - ( ) 1 dia    3 - ( ) 1 semana    4 - ( ) 1 mês    5 - ( ) 6 meses  
6 - ( ) 1 ano    7 - ( ) mais de 1 ano    8 - ( ) Não usa atualmente    9 - ( ) Nunca usou

- ( ) Dependente    ( ) Abusador    ( ) uso esporádico    ( ) Não usa

**MACONHA :**

Já usou maconha na vida? 1 - ( ) Sim    2 - ( ) Não

Idade que usou maconha pela primeira vez?

Usa atualmente? 1 - ( ) Sim    2 - ( ) Não

**Frequência do uso no último ano:**

- 1 - ( ) Todos os dias      2 - ( ) 5 a 6 vezes p/ semana      3 - ( ) 3 a 4 vezes p/ semana  
4 - ( ) 1 a 2 vezes p/ semana      5 - ( ) 3 a 4 dias por mês      6 - ( ) 1 a 2 dias por mês  
7 - ( ) menos de 1 dias por mês      8 - ( ) Não usa atualmente      9 - ( ) Nunca usou

**Quantos baseados você fuma por dia?**

---

**Tempo de abstinência da maconha:**

- 1 - ( ) Não está abstinente    2 - ( ) 1 dia    3 - ( ) 1 semana    4 - ( ) 1 mês    5 - ( ) 6 meses  
6 - ( ) 1 ano    7 - ( ) mais de 1 ano    8 - ( ) Não usa atualmente    9 - ( ) Nunca usou

- ( ) Dependente    ( ) Abusador    ( ) uso esporádico    ( ) Não usa

**COCAÍNA :**

Já usou cocaína na vida? 1 - ( ) Sim    2 - ( ) Não

Idade que usou cocaína pela primeira vez?

Usa atualmente? 1 - ( ) Sim    2 - ( ) Não

**Frequência do uso no último ano:**

- 1 - ( ) Todos os dias      2 - ( ) 5 a 6 vezes p/ semana      3 - ( ) 3 a 4 vezes p/ semana  
4 - ( ) 1 a 2 vezes p/ semana      5 - ( ) 3 a 4 dias por mês      6 - ( ) 1 a 2 dias por mês  
7 - ( ) menos de 1 dias por mês      8 - ( ) Não usa atualmente      9 - ( ) Nunca usou

**Quantidade que costuma usar em gr:**

---

**Qual a via de administração da droga que você utiliza?**

- 1 - ( ) Misturado com álcool    2 - ( ) Pó (aspirado, cafungado)    3 - ( ) Injetado na veia  
4 - ( ) Outras      5 - ( ) Não usa atualmente    6 - ( ) Nunca usou

**Tempo de abstinência da cocaína:**

- 1 - ( ) Não está abstinente    2 - ( ) 1 dia    3 - ( ) 1 semana    4 - ( ) 1 mês    5 - ( ) 6 meses  
6 - ( ) 1 ano    7 - ( ) mais de 1 ano    8 - ( ) Não usa atualmente    9 - ( ) Nunca usou

- ( ) Dependente    ( ) Abusador    ( ) uso esporádico    ( ) Não usa

**CRACK :**

Já usou crack na vida? 1-( ) Sim 2-( ) Não

Idade que usou crack pela primeira vez?

Usa atualmente? 1-( ) Sim 2-( ) Não

**Frequência do uso no último ano:**

1-( ) Todos os dias      2-( ) 5 a 6 vezes p/ semana      3-( ) 3 a 4 vezes p/ semana  
 4-( ) 1 a 2 vezes p/ semana      5-( ) 3 a 4 dias por mês      6-( ) 1 a 2 dias por mês  
 7-( ) menos de 1 dias por mês      8-( ) Não usa atualmente      9-( ) Nunca usou

**Quantas “pedras” você utiliza por dia?****Tempo de abstinência do crack:**

1-( ) Não está abstinente    2-( ) 1 dia    3-( ) 1 semana    4-( ) 1 mês    5-( ) 6 meses  
 6-( ) 1 ano    7-( ) mais de 1 ano    8-( ) Não usa atualmente    9-( ) Nunca usou

Dependente     Abusador     uso esporádico     Não usa

**SOLVENTE :**

Já usou solvente na vida? 1-( ) Sim 2-( ) Não

Idade que usou solvente pela primeira vez?

Usa atualmente? 1-( ) Sim 2-( ) Não

**Frequência do uso no último ano:**

1-( ) Todos os dias      2-( ) 5 a 6 vezes p/ semana      3-( ) 3 a 4 vezes p/ semana  
 4-( ) 1 a 2 vezes p/ semana      5-( ) 3 a 4 dias por mês      6-( ) 1 a 2 dias por mês  
 7-( ) menos de 1 dias por mês      8-( ) Não usa atualmente      9-( ) Nunca usou

**Quantidade que costuma usar em ml:****Que tipo de solvente você costuma utilizar mais?**

1-( ) Lança perfume    2-( ) Loló      3-( ) Cola      4-( ) Gasolinas  
 5-( ) Benzina      6-( ) Acetona      7-( ) Removedor de tinta    8-( ) Tiner  
 9-( ) Água-Raz      10-( ) Não usa atualmente      11-( ) Nunca usou

**Tempo de abstinência do solvente:**

1-( ) Não está abstinente    2-( ) 1 dia    3-( ) 1 semana    4-( ) 1 mês    5-( ) 6 meses  
 6-( ) 1 ano    7-( ) mais de 1 ano    8-( ) Não usa atualmente    9-( ) Nunca usou

Dependente     Abusador     uso esporádico     Não usa

**Diagnóstico de Dependência Substância Principal:**

Forte desejo/ Compulsão para consumo: <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Solvente
Dificuldade em controlar o consumo quanto à duração, quantidade ou frequência <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Solvente
Desejo persistente ou esforço sem sucesso de diminuir ou controlar o consumo <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Solvente
Grandes períodos de tempo usado para procurar, usar e recuperar-se dos efeitos

( ) Álcool ( ) Tabaco ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Solvente
Necessidade de doses crescentes para alcançar efeitos antes obtidos com doses menores ( ) Álcool ( ) Tabaco ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Solvente
Redução/ Abandono de atividades sociais, recreacionais ou ocupacionais devido ao uso ( ) Álcool ( ) Tabaco ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Solvente
Uso continuado apesar de já perceber suas conseqüências negativas, físicas ou psicológicas ( ) Álcool ( ) Tabaco ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Solvente

**Responda as seguintes perguntas:**

1. Você acha que tem problemas com relação ao uso de drogas? ( ) Sim ( ) Não
2. Se pensa que tem, você deseja mudar este hábito nos próximos 6 meses? ( ) Sim ( ) Não
3. E nos próximos 30 dias já pensou em mudar seu comportamento com relação ao uso de drogas?  
( ) Sim ( ) Não
4. Se você pensa não ter mais problemas com relação ao uso de drogas, há quanto tempo vem se mantendo sem usar drogas? ( ) - de 6 meses ( ) + de 6 meses

**ESTÁGIOS DE MUDANÇAS (URICA)**

Pré- Contemplação	Contemplação	Ação	Manutenção
1.	3.	2.	10.
5.	6.	4.	12.
7.	9.	8.	15.
16.	13.	11.	20.
19.	14.	18.	21.
22.	17.	23.	24.
TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:

Pré-Contemplação= \_\_\_\_\_ Classificação = \_\_\_\_\_  
 Contemplação = \_\_\_\_\_ Classificação = \_\_\_\_\_  
 Ação = \_\_\_\_\_ Classificação = \_\_\_\_\_  
 Manutenção = \_\_\_\_\_ Classificação = \_\_\_\_\_

**INTENSIDADE DE SINTOMAS E CRENÇAS COGNITIVAS**

BDI		BAI		CRENÇAS	
Questões	Pontuação	Questões	Pontuação	Questões	Pontuação
1.		1.		1.	
2.		2.		2.	
3.		3.		3.	
4.		4.		4.	
5.		5.		5.	
6.		6.		6.	
7.		7.		7.	
8.		8.		8.	
9.		9.		9.	
10.		10.		10.	
11.		11.		11.	
12.		12.		12.	

13.		13.		13.	
14.		14.		14.	
15.		15.		15.	
16.		16.		16.	
17.		17.		17.	
18.		18.		18.	
19.		19.		19.	
20.		20.		20.	
21.		21.		21.	Não existe
Total =		Total =		Total =	

Classificação = \_\_\_\_\_

BDI = \_\_\_\_\_

BAI = \_\_\_\_\_

CRENÇAS = \_\_\_\_\_

Classificação = \_\_\_\_\_

Classificação = \_\_\_\_\_

### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS:

<b>Critérios Diagnósticos para F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo</b>
A. Um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador durando pelo menos 6 meses, durante os quais quatro (ou mais) das seguintes características estão presentes: ( ) Sim ( ) Não
( ) freqüentemente perde a paciência ( ) freqüentemente discute com adultos ( ) com freqüência desafia ou se recusa ativamente a obedecer a solicitações ou regras dos adultos ( ) freqüentemente perturba as pessoas de forma deliberada ( ) freqüentemente responsabiliza os outros por seus erros ou mau comportamento ( ) mostra-se freqüentemente suscetível ou é aborrecido com facilidade pelos outros ( ) freqüentemente enraivecido e ressentido ( ) freqüentemente rancoroso ou vingativo
B. A perturbação do comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. ( ) Sim ( ) Não
C. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico ou Transtorno do Humor. ( ) Sim ( ) Não
D. Não são satisfeitos os critérios para Transtorno da Conduta e, se o indivíduo tem 18 anos ou mais, não são satisfeitos os critérios para Transtorno da Personalidade Anti-Social. ( ) Sim ( ) Não
<b>Critérios Diagnósticos para F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta</b>
A. Um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade, manifestado pela presença de três (ou mais) dos seguintes critérios nos últimos 12 meses, com pelo menos um critério presente nos últimos 6 meses: ( ) Sim ( ) Não
Agressão a pessoas e animais ( ) freqüentemente provoca, ameaça ou intimida outros ( ) freqüentemente inicia lutas corporais ( ) utilizou uma arma capaz de causar sério dano físico a outros (por ex., bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma de fogo) ( ) foi fisicamente cruel com pessoas ( ) foi fisicamente cruel com animais

<input type="checkbox"/> roubou com confronto com a vítima (por ex., bater carteira, arrancar bolsa, extorsão, assalto à mão armada) <input type="checkbox"/> forçou alguém a ter atividade sexual consigo
<b>Destruição de propriedade</b> <input type="checkbox"/> envolveu-se deliberadamente na provocação de incêndio com a intenção de causar sérios danos <input type="checkbox"/> destruiu deliberadamente a propriedade alheia (diferente de provocação de incêndio)
<b>Defraudação ou furto</b> <input type="checkbox"/> arrombou residência, prédio ou automóvel alheios <input type="checkbox"/> mente com frequência para obter bens ou favores ou para evitar obrigações legais (isto é, ludibria outras pessoas) <input type="checkbox"/> roubou objetos de valor sem confronto com a vítima (por ex., furto em lojas, mas sem arrombar e invadir; falsificação)
<b>Sérias violações de regras:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> frequentemente permanece na rua à noite, apesar de proibições dos pais, iniciando antes dos 13 anos de idade <input type="checkbox"/> fugiu de casa à noite pelo menos duas vezes, enquanto vivia na casa dos pais ou lar adotivo (ou uma vez, sem retornar por um extenso período) <input type="checkbox"/> frequentemente gazeteia à escola, iniciando antes dos 13 anos de idade
<b>B. A perturbação no comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>C. Se o indivíduo tem 18 anos ou mais, não são satisfeitos os critérios para o Transtorno da Personalidade Anti-Social.</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade</b>
<b>A. Ou (1) ou (2) = Verificar quais começaram antes dos 7 anos de idade.</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
1) <u>seis (ou mais) dos seguintes sintomas</u> de desatenção persistiram <u>por pelo menos 6 meses</u> , em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento: <b>Desatenção:</b> <input type="checkbox"/> frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras <input type="checkbox"/> com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas <input type="checkbox"/> com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra <input type="checkbox"/> com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções) <input type="checkbox"/> com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades <input type="checkbox"/> com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa) <input type="checkbox"/> com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais) <input type="checkbox"/> é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa <input type="checkbox"/> com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias
<input type="checkbox"/> seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Hiperatividade:</b> <input type="checkbox"/> frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira <input type="checkbox"/> frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado <input type="checkbox"/> frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)

com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer  
 está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"  
 frequentemente fala em demasia

**Impulsividade:**

frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas  
 com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez  
 frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.  Sim  Não

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).  Sim  Não

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.  Sim  Não

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).  Sim  Não

**Codificar com base no tipo:**

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "Em Remissão Parcial".

**F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado.**

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade - impulsividade persistem há pelo menos 6 meses. A maioria das crianças e adolescentes com o transtorno tem o Tipo Combinado. Não se sabe se o mesmo vale para adultos com o transtorno.  Sim  Não

**F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento.**

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção (mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade) persistem há pelo menos 6 meses.  Sim  Não

**F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo.**

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade (mas menos de seis sintomas de desatenção) persistem há pelo menos 6 meses. A desatenção pode, com frequência, ser um aspecto clínico significativo nesses casos.  Sim  Não

1.TDAH: 1 -( )SIM 2 -( )NÃO

Tipo: Desatento 1 -( ) Hiperatividade / Impulsividade 2 -( ) Combinado 3 -( )

2.Transtorno de Conduta: 1 -( ) Sim 2 -( ) Não

3.Transtorno Desafiador de Oposição: 1 -( ) Sim 2 -( ) Não

### Anexo 3: URICA

## **URICA - DROGAS ILÍCITAS** **(University Rhode Island Change Assessment)**

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comportamento com relação às drogas. Favor indicar o grau que você concorda ou discorda de cada afirmação. Em cada questão, faça sua escolha pensando em como você se sente agora, não como você se sentia no passado nem como gostaria de sentir.

Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário: Discordo Extremamente, Discordo, Indeciso, Concordo e Concordo Extremamente. Circule o número que melhor descreva o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.

Existem CINCO possíveis respostas	Discordo Extremamente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Plenamente
1. Eu não estou com um problema com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação às drogas.	1	2	3	4	5
5. Muitas pessoas usam drogas, mas eu não penso que isso seja um problema para mim.	1	2	3	4	5
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação às drogas.	1	2	3	4	5
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu uso de drogas, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
8. Eu realmente estou	1	2	3	4	5

trabalhando duro para mudar meu comportamento com relação às drogas.					
9. Eu tenho um problema com as drogas e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.	1	2	3	4	5
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída	1	2	3	4	5
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5
12. Eu pensei estava livre do meu problema com relação às drogas, mas não estou.	1	2	3	4	5
13. Eu gostaria de ter mais idéias de como solucionar o meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
14. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
16. Talvez eu tenha problemas com as drogas, mas não creio nisso.	1	2	3	4	5
17. Eu estou em dúvida sobre fazer algo com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
18. Eu realmente estou fazendo algo sobre o meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas em relação às drogas.	1	2	3	4	5
20. Às vezes, eu preciso	1	2	3	4	5



me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com as drogas.					
21. Estou frustrado, porque pensava ter resolvido meu problema com as drogas, mas não resolvi.	1	2	3	4	5
22. Eu tenho alguns problemas em relação às drogas, mas por que perder tempo pensando neles?	1	2	3	4	5
23. Eu estou ativamente trabalhando no meu problema em relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
24. Eu estou preocupado em talvez não conseguir manter a minha mudança em relação às drogas.	1	2	3	4	5