

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIA CECÍLIA BELTRAME CARNEIRO

IMPACTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO TRATAMENTO DE  
ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS POR TRANSTORNO POR  
USO DE SUBSTÂNCIAS

CURITIBA

2016

MARIA CECÍLIA BELTRAME CARNEIRO

IMPACTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO TRATAMENTO DE  
ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS POR TRANSTORNO POR  
USO DE SUBSTÂNCIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Área de concentração: Psiquiatria Infantil.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Manoel Schier Dória

CURITIBA

2016

C289 Carneiro, Maria Cecília Beltrame  
Impacto da entrevista motivacional no tratamento de adolescentes hospitalizados por transtorno por uso de substâncias [recurso eletrônico] / Maria Cecília Beltrame Carneiro. – Curitiba, 2016.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.  
Orientador: Prof. Dr. Gustavo Manoel Schier Dória

1. Adolescente. 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 3. Entrevista motivacional. I. Dória, Gustavo Manoel Schier. II. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLMC: WS 463

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA  
JORDÃO CRB 9/991



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



*Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado  
em Saúde da Criança e do Adolescente*

## *Parecer*

A Banca Examinadora, instituída pelo colegiado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, do Setor de Ciências Saúde, da Universidade Federal do Paraná, após arguir a Mestranda

*Maria Cecília Beltrame Carneiro*

em relação a sua Dissertação de Mestrado intitulada:

### **“IMPACTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS POR TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS”**

é de parecer favorável à *Aprovação* do acadêmico, habilitando-o ao título de *Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente*, Área de Concentração em *Psiquiatria da Infância e da Adolescência*, Área Específica *Medicina*

Curitiba, 09 de dezembro de 2016

*Gustavo Manoel Schier Doria*  
**Professor Doutor Gustavo Manoel Schier Doria**

Professor Adjunto do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria da Universidade Federal do Paraná-UFPR.  
*Presidente da Banca Examinadora e Orientador do Trabalho.*

*Marcelo Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa*  
**Professor Doutor Marcelo Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa**

Professor Adjunto do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria da Universidade Federal do Paraná-UFPR. - *Primeiro Examinador.*

*Raffael Masuda*  
**Professor Doutor Raffael Masuda**

Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná-UFPR; *Segundo Examinador.*

*Mônica Nunes Lima Cat*  
**Professora Doutora Mônica Nunes Lima Cat**

Professora Associada do Departamento de Pediatria da UFPR e  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR

Rua: General Carneiro, 181 - 14º andar - Alto da Glória - Curitiba - PR - CEP 80060-900

Coordenação: (041) 3360-1863 - e-mail: [monica.lima.ufpr@gmail.com](mailto:monica.lima.ufpr@gmail.com)

Secretaria: (041) 3360-7980 - e-mail: [pggradped@hc.ufpr.br](mailto:pggradped@hc.ufpr.br) - [clara.lara@ufpr.br](mailto:clara.lara@ufpr.br)

*Dedico este trabalho aos meninos  
que participaram da pesquisa*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos integrantes do Programa de Pós-Graduação da Criança e do Adolescente pela receptividade e aprendizado ao longo destes anos do curso.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Gustavo Manoel Schier Dória, pela confiança, pela oportunidade de tê-lo como orientador e pelo estímulo e incentivo dentro da minha formação na psiquiatria da infância e adolescência.

Agradeço aos meus colegas, Cleverton Higa Kaio e Elke Fabíola Nery Oliveira Fernandes, pela amizade e pelas valiosas trocas de experiência que pudemos ter durante esse percurso.

Agradeço à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Nunes Lima e à doutoranda Lilian Messias, pela orientação e ensinamentos transmitidos na realização do trabalho estatístico.

Agradeço ao Dr. Ricardo Sbalqueiro e toda a equipe da Unidade Rached do Hospital San Julian, pelo acolhimento durante o trabalho da coleta de dados.

Agradeço à minha família, pela paciência, por entender os momentos de ausência e pelo apoio ao longo desta jornada.

Agradeço aos pacientes e seus familiares, sem os quais esta pesquisa não seria possível, pela disponibilidade e pelo convívio enriquecedor.

## RESUMO

O uso de substâncias lícitas e ilícitas é presente na sociedade há vários séculos e a adolescência é um período de vulnerabilidade para uso e desenvolvimento do transtorno por uso de substâncias (TUS). Por isso, o interesse em políticas públicas e pesquisas em relação aos métodos mais efetivos na prevenção e tratamento do TUS nesta faixa etária vem aumentando. O presente estudo visou comparar o nível de prontidão dos adolescentes para mudança de comportamento antes e após a aplicação da entrevista motivacional (EM) e seus desfechos após a alta. O diagnóstico de TUS foi avaliado através da Entrevista Diagnóstica *Kiddie-Sads* (K-SADS-PL), a Versão Brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos – seção abuso de substâncias e dependência química, a motivação foi mensurada pela escala URICA (*Rhode Island Change Assessment Questionnaire*) e a Entrevista Motivacional foi baseada nos estudos de Miller e Rollnick e no projeto CYT (*Cannabis Youth Treatment*) em 6 sessões. A amostra total foi constituída de 30 adolescentes que estavam no primeiro internamento psiquiátrico integral para tratamento do TUS, sexo masculino, brancos, afrodescendentes e pardos, com idades entre 12 e 17 anos e 11 meses. O estudo constituiu-se em ensaio clínico randomizado sem cegamento, e os adolescentes foram divididos nos grupos de intervenção e de controle. A média de idade dos adolescentes foi de 15,8 anos (IC 95%=DP 15,0 – 16,6) para o grupo EM e 16,5 anos (IC 95%=DP 15,7 – 17,4) para o grupo controle e a maioria pertencia às classes sociais C e D (80%). Observou-se baixa escolaridade: 83,3% não haviam terminado o ensino fundamental, 80% repetiram pelo menos um ano e 83,3% haviam interrompido seus estudos. Os jovens desta amostra residiam com famílias monoparentais (63,3%) e 73,3% deles apresentaram parentes com problemas por uso de substâncias. Os principais diagnósticos obtidos nesta amostra de adolescentes com TUS foram de dependência química de maconha (50%), uso de tabaco (83,3%) e abuso de álcool (20,0%) e prevalência importante de comorbidades psiquiátricas (80%); os principais transtornos associados foram o Transtorno de Conduta (50%) e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (43,3%). Os resultados da aplicação da EM mostraram que os dois grupos avançaram da escala de pré-contemplação para a de contemplação após o internamento. No grupo EM houve diferença significativa no nível de prontidão nas subescalas de pré-contemplação e ação ( $p < 0,01$ ), bem como mudanças em relação à manutenção do tratamento, da abstinência e o retorno escolar em maior porcentagem no grupo da intervenção. Este estudo concluiu que houve mudanças significativas após a intervenção, indicando a importância de avaliação e de tratamento que levem em conta as características desta população, também considerando intervenções de baixo custo.

Palavras-chave: Adolescente hospitalizado. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Entrevista Motivacional.

## ABSTRACT

The use of licit and illicit substances is present in our society for centuries and adolescence is a period of vulnerability to the use and development of substance use disorder (SUD). Therefore, the interest in public policies and researches regarding the most effective methods in the prevention and treatment of SUD in this age group has been increasing. This study aimed comparing the readiness to change of teenagers before and after the application of motivational interviewing (MI) and their outcomes after discharge. The SUD diagnosis was assessed by the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children – section abuse and dependence of substances, the motivation to change was measured by the URICA scale (Rhode Island Change Assessment Questionnaire) and Motivation Interviewing was based on studies of Miller and Rollnick and CYT Project (Cannabis Youth Treatment) in 6 sessions. The total sample consisted of 30 adolescents, who were in their first psychiatric hospitalization for treatment of SUD, males, white, African Americans and mixed race, aged 12 and 17 years and 11 months. The study consisted in an open randomized clinical trial, and adolescents were divided into intervention and control groups. The average age of the sample was 15,8 years (IC 95%=DP 15,0 – 16,6) in MI group and 16,5 years (IC 95%=DP 15,7 – 17,4) in control group and the majority belonged to social classes C and D (80%). Low educational level was observed: 83,3% had not finished elementary school, 80% have repeated at least one year and 83,3% had discontinued their studies. The sample of this study lived with single-parent families (63,3%) and 73,3% of them had relatives with substance use problems. The main diagnosis of adolescents with SUD were marijuana dependence (50%), tobacco use (83,3%) and alcohol abuse (20,0%); high prevalence of comorbid mental disorders was found (80,0%), the most associated were the conduct disorder (50%) and hyperactivity and attention deficit disorder (43,3%). The results of MI application showed that both groups proceeded from pre-contemplation subscale to contemplation subscale after treatment. MI group showed significant changes in pre-contemplation and action subscales ( $p < 0,01$ ), as well as changes regarding motivation to maintain treatment after discharge, abstinence and school frequency in greater percentage than in control group. This study concluded that there were considerable changes after the intervention, indicating the importance of assessment and treatment that considers the characteristics of this population and considering effective low-cost interventions.

Keyword: Adolescent, hospitalized. Substance-Related Disorders. Motivational Interviewing.

## LISTA DE FIGURA E GRÁFICOS

FIGURA 1 - PROCEDIMENTOS DA PESQUISA .....	53
GRÁFICO 1 - FREQUÊNCIA DE HISTÓRIA FAMILIAR DE PROBLEMAS COM USO DE SUBSTÂNCIAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 .....	60
GRÁFICO 2 - SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 .....	60
GRÁFICO 3 - CONSTITUIÇÃO FAMILIAR DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 .....	61
GRÁFICO 4 - CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS FAMÍLIAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014- 2015.....	61
GRÁFICO 5 - SUBSTÂNCIA DE INÍCIO DE USO RELATADA PELOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014- 2015.....	62
GRÁFICO 6 - USO DE TABACO PELOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 .....	64

## LISTA DE QUADRO E TABELAS

QUADRO 1 - NÍVEIS DE PRONTIDÃO PARA MUDANÇA .....	35
TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RAÇA E PROCEDÊNCIA DOS ADOLESCENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS - 2014-2015.....	57
TABELA 2 - DESCRIÇÃO DA FREQUÊNCIA DA ESCOLARIDADE DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 ....	58
TABELA 3 - FREQUÊNCIA DE ENVOLVIMENTO EM CONFLITOS COM A LEI DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 ....	59
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA- PR - 2014-2015.....	63
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA- PR - 2014-2015 .....	63
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA- PR - 2014-2015.....	65
TABELA 7 - MÉDIA DAS SUBESCALAS DO QUESTIONÁRIO URICA EM RELAÇÃO AOS GRUPOS EM E CONTROLE DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015.....	66
TABELA 8 - DESFECHOS APÓS UM MÊS DA ALTA DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 .....	67

TABELA 9 - DESFECHOS APÓS TRÊS MESES DA ALTA DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 ....	68
TABELA 10 - COMPARAÇÃO DO USO DE DROGAS APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO EM COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 .....	69
TABELA 11 - COMPARAÇÃO DO USO DE DROGAS APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO CONTROLE COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 .....	69
TABELA 12 - COMPARAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO EM COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 .....	69
TABELA 13 - COMPARAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO CONTROLE COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 .....	70
TABELA 14 - COMPARAÇÃO DA SITUAÇÃO ESCOLAR APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO EM COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 .....	70
TABELA 15 - COMPARAÇÃO DA SITUAÇÃO ESCOLAR APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO CONTROLE COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 .....	70
TABELA 16 - COMPARAÇÃO DOS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO EM COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015 .....	71
TABELA 17 - COMPARAÇÃO DOS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO	

GRUPO CONTROLE COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014- 2015.....	71
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEBRID	- Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas
CYT	- <i>Cannabis Youth Treatment</i>
EM	- Entrevista Motivacional
IB	- Intervenção Breve
K-SADS-PL	- Entrevista Diagnóstica <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children</i>
PFC	- Córtex Pré-Frontal ( <i>Pre Frontal Cortex</i> )
RDP	- Registro de Pensamento Disfuncional
TA	- Termo de Assentimento
TC	- Transtorno de Conduta
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
TM	- Transtorno Mental
TOD	- Transtorno Opositivo Desafiante
TOC	- Transtorno Obsessivo Compulsivo
TCC	- Terapia Cognitivo Comportamental
TUS	- Transtorno por Uso de Substâncias
URICA	- <i>Rhode Island Change Assessment Questionnaire</i> (questionário motivação)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1	OBJETIVOS.....	17
1.1.1	Objetivo geral.....	17
1.1.2	Objetivos específicos .....	17
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
2.1	A ADOLESCÊNCIA NORMAL .....	18
2.1.1	O desenvolvimento cognitivo do adolescente .....	19
2.1.2	O desenvolvimento emocional.....	20
2.2	TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS NA ADOLESCÊNCIA ....	22
2.2.1	Epidemiologia do TUS em adolescentes .....	22
2.2.2	Fatores neurobiológicos.....	26
2.2.3	Fatores de risco extrínsecos .....	28
2.2.4	Fatores protetivos .....	30
2.2.5	Comorbidades psiquiátricas no TUS.....	30
2.3	A ENTREVISTA MOTIVACIONAL .....	32
2.3.1	A entrevista motivacional na adolescência .....	36
2.3.1.1	Evidências científicas da aplicação da entrevista motivacional na adolescência.....	37
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	42
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	42
3.2	INTERVENÇÃO DO ESTUDO .....	42
3.3	LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO .....	42
3.4	POPULAÇÃO FONTE.....	42
3.4.1	Critérios de inclusão .....	44
3.4.2	Critérios de exclusão .....	44
3.5	POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	44
3.6	AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM .....	45
3.7	MÉTODOS .....	46
3.7.1	Anamnese psiquiátrica.....	46
3.7.2	A aplicação do K-SADS-PL, Versão Brasileira da <i>Schedule Affective Disorder and Schizophrenia for Scholl Aged-Children</i> para crianças de 6 a 18 anos .....	46

3.7.3	Dados de informações .....	47
3.7.4	Critério de Classificação Econômica Brasil - ABEP .....	48
3.7.5	URICA.....	48
3.7.6	Entrevista motivacional .....	50
3.8	PROCEDIMENTOS .....	51
3.9	TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS.....	53
3.10	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	54
3.11	ÉTICA EM PESQUISA.....	54
3.11.1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento ...	55
3.12	MEDIDAS DE PROTEÇÃO OU MINIMIZAÇÃO DE RISCOS.....	55
3.13	MEDIDAS DE PROTEÇÃO E CONFIABILIDADE .....	55
3.14	FOMENTO PARA A PESQUISA E SERVIÇOS ENVOLVIDOS.....	56
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>57</b>
4.1	CARACTERÍSTICAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS .....	57
4.1.1	Idade, raça e procedência.....	57
4.1.2	Escolaridade .....	58
4.1.3	Comportamentos disruptivos, conflitos com a lei e ocupação laboral....	58
4.1.4	Características dos pais e família .....	59
4.1.5	Características do ambiente .....	60
4.1.6	Características do uso de substâncias .....	62
4.2	AS COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES .....	64
4.3	RESULTADOS DA ESCALA DE MOTIVAÇÃO URICA .....	65
4.4	DESFECHO APÓS A ALTA.....	66
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>72</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>83</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>84</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>85</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>102</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>123</b>
	<b>PRODUÇÃO ACADÊMICA</b> .....	<b>148</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcado por inúmeras transformações físicas e psicológicas. No entanto, também é o período da vida que mais suscita preocupações quanto ao consumo de substâncias psicoativas (MUZA *et al.*, 1997) que podem trazer sequelas irreversíveis para o adolescente, se estendendo para a vida adulta. O consumo de drogas nesta fase pode trazer sérias consequências para o desenvolvimento, afastando o jovem de atividades importantes que estimulem seu desenvolvimento cognitivo e emocional (PECHANESKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004). Por exemplo, Sampl e Kadden (2001) constataram que adolescentes usuários de *cannabis* apresentaram maiores taxas de evasão escolar, idas a emergências de hospitais, infrações à lei, comorbidades psiquiátricas e problemas de comportamento, comparados a adolescentes que não usam *cannabis*.

Cotidianamente, constata-se que o uso de drogas está cada vez mais associado à criminalidade infanto-juvenil, e vários estudos enfocam sobre esta relação. Ferigolo *et al.* (2004), por exemplo, confirmam que as taxas de uso de substâncias são elevadas e ocorrem de forma precoce entre adolescentes em medida socioeducativa na Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor. Martins e Pillon (2008) encontraram associação significativa entre idade de início do uso de álcool e de maconha e o ato infracional, sugerindo também que os principais fatores para o envolvimento do adolescente com o uso de drogas e a prática de infrações sejam a relação com o pais, a influência do grupo e o nível de escolaridade.

No Brasil e no mundo são poucos os estudos que abordam a utilização da Entrevista Motivacional (EM) como uma intervenção eficaz de tratamento na abordagem de adolescentes com TUS. A utilização de técnicas terapêuticas concisas e de curta duração, classificadas em intervenções e terapias breves (IB), tem se tornado uma parte cada vez mais importante no espectro de cuidados disponíveis para o tratamento de problemas relacionados ao uso de substâncias.

Atualmente no Brasil existe uma maior conscientização e problematização sobre os problemas de saúde e sociais que surgem em decorrência do uso de drogas, com tentativas de se reduzir a lacuna entre a demanda por assistência e os recursos disponíveis. Não só na área pública, mas igualmente nos serviços de saúde sujeitos às práticas privadas (seguros e planos de saúde), enfatiza-se o uso racional de recursos e a escolha de técnicas economicamente viáveis. Nesse contexto, torna-se

cada vez mais relevante o domínio profissional das técnicas breves de intervenção e terapia, assim como a investigação correta de sua adequação cultural às condições brasileiras e a verificação de sua efetividade. (MARQUES; FURTADO, 2004).

A EM é um tratamento que recebeu um apoio crescente em relação à sua eficácia nos últimos 25 anos particularmente no seu uso aplicado a comportamentos de adultos. Enquanto a eficácia da EM para modificar comportamentos em adultos é consistente, ela ainda é emergente no caso do uso em adolescentes. Tevyaw e Monti (2004) mostraram resultados positivos em adolescentes com TUS, principalmente naqueles com uso pesado e com menor motivação para mudar; a revisão de Erickson, Gerstle e Feldstein (2005) sugere que a EM pode mudar a frequência do uso de tabaco e *cannabis*, aumentando as tentativas de parar de fumar esta população. Em relação aos efeitos da EM ao longo do tempo, há evidências na mudança no padrão de consumo de substâncias após alguns meses de *follow-up*, em adolescentes usuários de álcool (BAILEY *et al.*, 2004), de tabaco (COLBY *et al.*, 2005), de múltiplas drogas (McCAMBRIDGE; STRANG 2004) e adolescentes moradores de rua. (PETERSON *et al.*, 2006).

Em revisão recente, MacGowan e Engle (2010) afirmam que a EM atingiu os critérios da Associação Americana de Psicologia como tratamento promissor para adolescentes com TUS. Na primeira meta-análise sobre o assunto, Jensen *et al.* (2011) encontraram um tamanho de efeito pequeno em relação ao tratamento do TUS, mas igualmente consideraram esta técnica de intervenção promissora nesta população. Uma das variáveis que explica a tendência do tamanho de efeito ser pequeno neste tipo de intervenção é seu formato (grupo, individual, telefone, adjuvantes no tratamento ou seguimento pós-tratamento). (JENSEN *et al.*, 2011). Portanto, entender a influência destas características pode ajudar a desenvolver modelos de intervenção mais efetivos e facilitar desfechos com melhores resultados.

A EM se diferencia de outros tratamentos pois seu propósito não é fornecer informações ou habilidades, mas enfatizar e explorar a motivação intrínseca do paciente com relação a comportamentos saudáveis, dando suporte à sua autonomia. (BARNETT *et al.*, 2012). Teoricamente a EM parece servir às necessidades no desenvolvimento dos adolescentes, para que exerçam sua independência e façam decisões por eles mesmos. (BAER; PETERSON, 2002). Além disso, as intervenções breves e precoces podem promover a diminuição de consequências negativas do uso de

drogas, além de aumentar a probabilidade de o sujeito não desenvolver dependência por substâncias químicas. (MASTERMAN; KELLY, 2003; STEPHENS *et al.*, 2004).

Deste modo a EM pode ser considerada uma técnica de baixo custo, de aplicação breve, de fácil treinamento de profissionais e que se utiliza apenas de recursos humanos para sua realização. Assim, analisando o perfil do município, dos recursos em saúde mental e da infraestrutura disponível, conclui-se que este tipo de intervenção pode corresponder a um tratamento eficaz.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Avaliar a efetividade da entrevista motivacional no tratamento de adolescentes, sexo masculino, internados para tratamento por transtorno relacionado ao uso de substâncias.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil socioeconômico do adolescente com transtorno por uso de substâncias: classe social, racial, onde residem, perfil familiar, perfil escolar.
- b) Verificar as comorbidades psiquiátricas mais frequentes.
- c) Avaliar o desfecho em relação à manutenção do tratamento após a alta e reinserção escolar e social.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A ADOLESCÊNCIA NORMAL

A adolescência é um período marcado por diversas transformações e conquistas importantes. A Organização Mundial da Saúde define como a faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos, sendo um período vulnerável devido aos fatores biopsicossociais a que estão sujeitos. (OMS, 1977). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 2, considera a adolescência entre 12 e 18 anos. É caracterizada pela busca de si mesmo e de sua identidade, pela separação progressiva dos pais e vinculação com o grupo, pelo desenvolvimento do pensamento abstrato e necessidade de intelectualizar e fantasiar, pela evolução da sexualidade, pelas crises religiosas, vivência temporal singular, atitude social reivindicatória e constantes flutuações de humor e contradições sucessivas, caracterizadas por Knobel (1981) como a “síndrome da adolescência normal”. É uma época, então, marcada por várias transformações inerentes à transição da infância para a vida adulta, e o desenvolvimento normal se traduz na capacidade de coordenar habilidades emocionais, intelectuais e comportamentais, sendo que o surgimento de psicopatologias neste período pode refletir dificuldades neste processo. (STEINBERG, 2005).

Os adolescentes apresentam evolução natural a fim de consolidar uma identidade pessoal, e assim começam a busca para pertencer a um grupo com o qual se identifiquem. Somando-se ainda à curiosidade natural, aos conflitos inerentes a esta faixa etária e a aceitação de determinados comportamentos pelos pares, a adolescência torna-se um período frágil para o uso de drogas. (CAVALCANTE *et al.*, 2008). A adoção de novas práticas comportamentais e ganho de autonomia também são identificáveis neste período e os amigos passam a exercer papel importante (VIEIRA *et al.*, 2008); Piko e Kovács (2010) definem como uma fase de conflitos familiares, na qual ocorrem questionamentos no que diz respeito às regras e aos limites impostos pelos pais, em que o adolescente tende a passar mais tempo com o grupo de amigos e menos tempo com a família. Também é característico deste período da vida a exposição a situações de risco, própria da transição para a identidade adulta, agravado pela ideia, desta faixa etária, de sentimento de imunidade. Através de diálogo, trabalho da autoestima e resgate de valores, é possível auxiliar o jovem a passar por estas situações; por outro lado, quando ocorre exposição frequente e

voluntária a situações de risco, o comportamento passa de esperado para patológico. O exemplo mais comum é a exposição ao uso de drogas, que pode ir desde a recusa, passando pela experimentação, até ao consumo frequente que gera consequências. (SAITO, 2012).

### 2.1.1 O desenvolvimento cognitivo do adolescente

A adolescência é um período crítico para a maturação neurobiológica. Estudos de neuroimagem indicam mudanças progressivas e regressivas no volume de regiões específicas do cérebro, enquanto o volume total não se altera. (YURGELUN-TODD, 2007). Os períodos do desenvolvimento cognitivo segundo Piaget (1972), em seu estudo denominado "*Intellectual evolution from adolescence to adulthood*", ocorrem de acordo com as mudanças gradativas na qualidade do pensamento, refletindo no desenvolvimento global. Assim, a partir dos 12 anos o processo de desenvolvimento do pensamento formal passa por transformação drástica: na fase pré-pubere as operações mentais se dão por situações concretas, ou seja, compõem o estágio pré-operatório, passando ao longo do tempo a desenvolver a lógica formal, na qual o adolescente começa a realizar operações no plano das ideias abstratas, de forma hipotética-dedutiva. Este período, que começa a se estabelecer por volta dos 12-15 anos, é caracterizado pela construção da habilidade de formular conteúdos abstratos, como por exemplo, em relação a conceitos matemáticos e filosóficos e da capacidade de aprender a aplicar informações gerais necessárias à adaptação ao meio. O adolescente também se torna capaz de fazer uma análise combinatória para resolver um problema específico. Relacionando este processo com o uso de drogas nesta faixa etária, quanto mais o adolescente estiver adentrando nesse estágio de desenvolvimento cognitivo, mais fácil será abordar a questão da ambivalência em interromper o uso e discutir planos possíveis para a mudança de comportamento. (NAAR-KING; SUAREZ, 2011).

Há um contínuo processo de maturação emocional, intelectual e comportamental, e evidências consideráveis de que a segunda década de vida é um período de grande atividade, no que diz respeito às estruturas cerebrais e suas funções, especialmente nas regiões e sistemas associados à resposta inibitória, à calibração de risco e recompensa e à regulação das emoções, que ocorrem no PFC ventro medial. (STEINBERG, 2005). Parte importante deste processo são as mudanças

em relação à motivação e à excitação, que ocorrem antes dos mecanismos intracerebrais que os regulam, criando uma disjunção entre as experiências afetivas do adolescente e sua habilidade de regulá-las. (DAHL, 2001). Na puberdade ocorre a reestruturação principalmente do córtex pré-frontal (PFC), concomitante ao aumento da conectividade desta região com outras áreas do cérebro. Além disso, também ocorre substancial poda sináptica e mielinização nas áreas corticais, principalmente frontais, a fim de eliminar conexões neurais desnecessárias. Estes eventos são fundamentais para o processamento de informações e funções executivas mais eficazes (SOWELL, 2004), principalmente relacionados com planejamento a longo prazo, metacognição, autoavaliação, autorregulação e coordenação do afeto e da cognição, ligadas às atividades do PFC dorsolateral. (VUONTELA *et al.*, 2003).

As áreas de associação cortical, como o PFC, se desenvolvem mais tarde do que áreas sensorio-motoras primárias, que controlam funções primitivas e de sobrevivência. O aumento da conectividade do PFC com estas áreas tem a função de integrá-las com as funções executivas, ou seja, com as habilidades associadas à tomada de decisão, ao pensamento crítico, à adaptabilidade e à regulação de emoções. (DAYAN *et al.*, 2010; DURSTON *et al.*, 2006). Este padrão de desenvolvimento ocorre em paralelo às mudanças nas áreas responsáveis pelo aprendizado e cognição, que na puberdade são realizadas de forma mais focal e refinada. (CASEY *et al.*, 2005; DURSTON *et al.*, 2006).

Sugere-se que, estando o neurodesenvolvimento ainda em fase de maturação neste período, o cérebro seja mais suscetível aos efeitos deletérios das drogas. Estudos em humanos já propõem que essa vulnerabilidade pode ocorrer com o uso extenso de álcool na adolescência, tanto nos efeitos agudos como nos de longo prazo, alterando a performance nas habilidades verbais, não-verbais e visuo-espacial. (BROWN *et al.*, 2000).

### 2.1.2 O desenvolvimento emocional

A formulação da identidade constitui-se em uma das principais tarefas nesta faixa etária, sendo um período particularmente importante para mudanças na auto percepção, ou seja, como o indivíduo se percebe e como ele percebe que os outros o percebem, podendo ser suscetível à influência dos amigos. (SEBASTIAN; BURNETT; BLAKEMORE, 2008). A necessidade de autoafirmação, com contestação principalmente

dos padrões familiares, faz com que o jovem experimente vários papéis, apresente constantes flutuações da identidade (SAITO, 2012), além de começar a adquirir outros valores por intermédio dos pares e, conseqüentemente, o comportamento de experimentar aumenta. (NAAR-KING; SUAREZ, 2011).

Em relação ao desenvolvimento da autonomia, o jovem começa a desenvolver sua individualidade, com novos valores, interesses, objetivos e visão do mundo, os quais podem divergir de pessoas mais próximas, como dos familiares. Também seu papel dentro da dinâmica familiar pode mudar, bem como aumentar sua autoridade ao tomar decisões, assumindo novas responsabilidades. Portanto, quaisquer conflitos e emoções negativas que surjam entre os membros da família são considerados parte do desenvolvimento nesta faixa etária e os desentendimentos servem como funções adaptativas, como por exemplo na negociação do adolescente ao fazer escolhas e ao manifestar um papel de autonomia no núcleo familiar. (NAAR-KING; SUAREZ, 2011).

Dentro do desenvolvimento cognitivo e afetivo do adolescente, a interface entre afeto, raciocínio, tomada de decisão e ação é um dos elementos fundamentais. (STEINBERG, 2005). Essas interações cognitivo-emocionais são cruciais no relacionamento com pares e no processo da discriminação de expressões faciais na comunicação verbal e não-verbal, mediadas pelas conexões entre o sulco temporal superior e a amígdala. (ALLISON; PUCE; McCARTHY, 2000). Além disso, a maneira como o jovem avalia e responde a situações de risco e recompensa também é mediada pelo PFC em ligação com várias áreas do sistema límbico (SPEAR, 2000); outro aspecto importante é que o PFC ainda não está maduro o suficiente para que os riscos sejam adequadamente avaliados ao ponto do jovem evitar situações deletérias. (CASEY; GETZ; GALVAN, 2008). Este comportamento é muito influenciado por emoções e relacionamento com os pares, e o ato de fazer escolhas de risco está ligado ao aumento da atividade do *núcleo accumbens* (KUHNEN; KNUTSON, 2005), a qual já se sabe ser maior nesta faixa etária, se comparada à atividade em crianças e em adultos. (GALVAN *et al.*, 2006).

Outro fator importante a ser considerado, além de todo o complexo desenvolvimento cerebral e comportamental associados aos mecanismos de exposição a risco e recompensa, é a variabilidade individual na resposta neuronal a esses mecanismos, a qual pode ajudar a explicar a vulnerabilidade de alguns adolescentes em se exporem mais a riscos do que outros, como por exemplo, em se engajarem no uso de substâncias e, por fim, desenvolverem TUS. (CASEY; GETZ; GALVAN, 2008).

## 2.2 TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS NA ADOLESCÊNCIA

A literatura científica mostra que o primeiro contato com substâncias ocorre com frequência na adolescência, fase de maior vulnerabilidade biopsicossocial. Assim, é importante estudar as peculiaridades do uso de substâncias neste período, identificando os fatores de risco e de proteção. (MUZA *et al.*, 1997). Também o uso precoce de drogas é um fator de risco importante para o desenvolvimento de um TUS, levando a um nível de uso grave e altas taxas de morbidade. (ANTHONY; PETRONIS, 1995). O TUS é o quarto transtorno mental mais prevalente entre os adolescentes, e dentre as substâncias, o álcool é a mais consumida. (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; MERIKANGAS *et al.*, 2011). O TUS apresenta complexa etiologia multifatorial e todos os fatores estão interrelacionados, cada um modificando a expressão clínicas dos outros. (SLOBODA; GLANTZ; TARTER, 2012).

Quanto mais cedo o contato com tabaco ou álcool, maior a chance de desenvolvimento de TUS destas substâncias e de uso de drogas ilícitas associado Pechansky (1998); Fuhr e Gmel (2011) e maior a associação com comportamentos de risco e taxas de mortalidade na vida adulta. (DÍEZ *et al.*, 1998). Geralmente a progressão para o uso de outras substâncias se dá ao longo do uso de tabaco, álcool e *cannabis*. (OLTHUIS; DARREDEAU; BARRETT, 2013). O uso de drogas também afasta o adolescente das atividades importantes esperadas para a faixa etária e interfere no desenvolvimento de habilidades para lidar com emoções. (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004). Grant e Dawson (1998) entrevistaram 42.862 indivíduos com 18 anos ou mais e concluíram que o uso precoce de drogas foi preditor significativo de desenvolvimento subsequente de abuso de drogas ao longo da vida. Percebe-se, então, que o uso constante e a experimentação vêm aumentando e, portanto, conhecer os padrões de uso e a população atingida auxiliam no delineamento de indicadores e no planejamento de medidas de intervenções mais eficazes.

### 2.2.1 Epidemiologia do TUS em adolescentes

Adultos jovens e adolescentes exibem altas taxas de experimentação de drogas e TUS: aproximadamente 72% dos adolescentes americanos, segundo o National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2014), e 65,2% dos jovens brasileiros já experimentaram álcool. (CARLINI *et al.*, 2010). O TUS em adultos geralmente tem seu

início de uso problemático na infância ou adolescência (CHAMBERS; TAYLOR; POTENZA, 2003); nos Estados Unidos, o início do uso e o abuso de álcool ocorrem aproximadamente aos 14 anos e de outras drogas aos 15 anos. (MERIKANGAS *et al.*, 2011). Também há evidência de que quanto mais precoce o início do uso, maior a gravidade e morbidade do TUS, bem como maior possibilidade de uso de múltiplas substâncias. (ANTHONY; PETRONIS, 1995). O Estudo de Perkonigg, Lieb e Wittchen (1998) já mostrou que, mesmo com as propaganda de drogas ilícitas sendo voltadas aos adultos, há maior prevalência de uso abaixo dos 18 anos e adultos jovens e não aumentando de maneira cumulativa com o passar dos anos.

No Brasil, estudos vêm identificando a prevalência e o padrão de uso de álcool e drogas entre estudantes de ensino médio e fundamental. Muitas dessas análises epidemiológicas são realizadas em ambiente escolar devido ao acesso facilitado à população-alvo. A série de estudos mais importante já realizada no país sobre o tema é de autoria do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) pela equipe de Carlini *et al.* (2010) que, desde 1986, vem coletando dados em 27 capitais brasileiras sobre uso de drogas por estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada. Assim, ao longo dos anos foi possível traçar as tendências de uso, como por exemplo, segundo os autores, entre dez capitais pesquisadas em 1986 (I levantamento) e em 2010 (VI levantamento). Comparando-se os resultados obtidos, houve diminuição dos alunos das escolas públicas relatando o uso na vida de inalantes. Em contrapartida, nestas mesmas dez capitais pesquisadas neste período, houve grande aumento de números de alunos relatando o uso de maconha; ainda que de 2005 para 2010 o uso de maconha tenha apresentado diminuição. Também é relevante que, neste espaço de 23 anos (1986 para 2010), o número de alunos relatando uso na vida de anfetaminas diminuiu, com um correspondente aumento do uso de cocaína.

Considerando apenas o último levantamento de 2010, com 50890 estudantes, demonstrou-se que, apesar de 25,5% dos estudantes terem referido uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 10,6% referiu uso no último ano e 5,5% referiu uso no último mês, com pequenas diferenças entre os sexos. Entre os que relataram algum consumo, a maioria apresentava idade maior de 16 anos, mas também foram observados relatos na faixa entre 10 e 12 anos. O total de estudantes com relato de uso no ano de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 9,9% para a rede pública e 13,6% para a rede particular. As drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas

alcoólicas e tabaco, com respectivamente 42,4% e 9,6% para uso no ano. Em relação às demais, para uso no ano, as frequências apresentadas foram: inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%). Para uso na vida, destaca-se o uso de energéticos em mistura com álcool (15,4%) referido em toda a amostra. O uso na vida de esteróides anabolizantes (1,4%), *ecstasy* (1,3%) e ácido lisérgico (1,0%) também merece atenção, sendo a distribuição heterogênea entre as capitais. Houve redução da proporção de estudantes que relataram uso no ano de inalantes, maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e *crack*. Por outro lado, foi observado aumento para cocaína. As mudanças não foram uniformes entre as 27 capitais. Sobre as drogas lícitas, entre os anos de 2004 e 2010, foi observada redução no número de estudantes que relataram consumo de bebidas alcoólicas no ano, mas não foi observada diferença para o tabaco. (CARLINI *et al.*, 2010).

Em relação à Curitiba, neste mesmo último levantamento, foram coletados dados de 2090 estudantes, e mostrado que 31,6% deles referiu uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 16,1% referiu uso no último ano e 9,1% referiu uso no último mês, sem diferenças entre os sexos. Entre os que relataram algum consumo, embora a maioria tivesse idade maior de 16 anos, também foram observados relatos na faixa entre 10 e 12 anos. O total de estudantes com relato de uso no ano de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 14,9% para a rede pública e 20,8% na rede particular. As drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco. Em relação às demais, foram citadas: maconha, inalantes, ansiolíticos, cocaína e anfetamínicos. (CARLINI *et al.*, 2010).

Em relação às classes de drogas mais citadas, foram observadas diferenças por sexo: maior proporção de meninos relatou uso de drogas ilícitas, enquanto maior proporção de meninas relatou uso de medicamentos sem prescrição. Estas relações entre os sexos se mantiveram nas escolas públicas e particulares. (CARLINI *et al.*, 2010).

Na comparação entre os seis levantamentos, nota-se que houve tendência de crescimento do uso na vida de qualquer droga, exceto álcool e tabaco, e principalmente para o consumo de maconha, cocaína e anfetamínicos. Em relação ao sexo, houve aumento da tendência em ambos, assim como entre estudantes acima de 13 anos, também com exceção do álcool e tabaco. Em relação ao uso de álcool, observou-se que houve tendência de diminuição do uso na vida na comparação dos 6 levantamentos, em ambos os sexos e na faixa etária de 10 a 12 anos. Não houve tendência de

alteração do uso na vida de tabaco na comparação dos 6 levantamentos, nem entre os sexos.

Outros estudos brasileiros também avaliaram a frequência do uso de álcool. Dos 661 adolescentes das várias regiões do país entrevistados por Laranjeira *et al.* (2007), em estudo sobre o padrão de consumo de álcool, quase 35% deles relataram consumir bebidas alcoólicas ao menos 1 vez no ano. Também chama a atenção o fato de que 24% dos adolescentes beberam pelo menos 1 vez no mês. Aproximadamente dois terços dos adolescentes referiram abstinência e quase metade dos meninos adolescentes que beberam no último ano consumiu 3 doses ou mais. O chamado beber com risco ou o beber em “*binge*”, ou seja, 4 a 5 doses em um curto espaço de tempo, é a prática que mais expõe o adolescente a uma série de problemas de saúde e riscos sociais. Os riscos vão desde acidentes de trânsito até o envolvimento em brigas, vandalismo e a prática do sexo sem camisinha. Neste estudo, a amostra total confirmou ter consumido bebidas alcoólicas de maneira compulsiva. Aproximadamente um quarto dos meninos e 12% das meninas já beberam em “*binge*” ao menos 1 vez nos últimos 12 meses. Ainda sobre uso de álcool, no estudo de Guimarães *et al.* (2004) na cidade de Assis – SP, 67,6% dos adolescentes afirmaram já terem usado álcool e Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004) apontaram uso de álcool por 48,3% dos adolescentes. No estudo de Kerr-Corrêa *et al.* (2009), com amostra de 1786 estudantes do ensino fundamental, médio e supletivo de Botucatu – São Paulo, o uso regular de álcool foi mais prevalente no ensino médio (46,9% em escolas estaduais e 36% em escolas municipais) e no supletivo (31,5%).

Sobre drogas ilícitas há outras estimativas, como por exemplo, a da cidade de Pelotas, na qual 17% dos estudantes adolescentes confirmaram terem usado drogas dentro do ano da entrevista; sendo a mais utilizada o álcool (68,9%), seguido pelo tabaco (22,7%), solventes (10,1%), maconha (6,6%), ansiolíticos (3,8%), anfetaminas (2,6%) e cocaína (1,6%). (TAVARES; BERIA; LIMA, 2004). Em 2011, 71,4% de 60973 jovens brasileiros estudantes do 9.º ano relataram terem experimentado álcool, 27,3% faziam consumo regular da substância, 9% já apresentavam problemas com o uso e 8,7% já haviam experimentado outras drogas (MALTA *et al.*, 2011); já em 2012, em outro estudo com quase o dobro da amostra (109.104 sujeitos) 7,3% dos estudantes também do 9.º ano, de todas as regiões do Brasil, relataram uso de drogas uma vez na vida. (HORTA *et al.*, 2014). Monteiro *et al.* (2012) em estudo realizado nas escolas públicas de Teresina, encontraram em amostra de 196 estudantes uma prevalência de

consumo total de substâncias de 17,9%; e destes, 60% fizeram uso de maconha, 20% de *crack*, 11,4% de solventes e outras substâncias em 17,6% da amostra. Por fim, considerando apenas o uso de tabaco e álcool, a prevalência média de uso entre adolescentes de 10-19 anos foi estimada em 9,3%, variando entre 2,4 e 22%, em relação ao consumo de tabaco, e sobre o álcool, seu uso frequente nesta população foi estimado em 66,7% e uso pesado em 36,8%. (BARBOSA FILHO; CAMPOS; LOPES, 2012).

Em outros países igualmente populosos, como os Estados Unidos, o abuso de substâncias também é uma das causas mais prevalentes de mortalidade e morbidade entre adolescentes, com 5-8% deles preenchendo critérios para TUS. (SUSSMAN; SKARA; AMES, 2008). Mais da metade dos adolescentes americanos já fez uso de *cannabis* ou outras drogas ilícitas, os quais também apresentam risco aumentado para desfechos negativos, como piora do rendimento escolar, prejuízos na saúde física e na chance de desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas subsequentes. (JOHNSTON *et al.*, 2011). Sobre o uso de múltiplas drogas, 34,1% dos adolescentes afirmaram uso precoce ou de álcool e *cannabis* ou de álcool, *cannabis* e tabaco. (MOSS; CHEN; YI, 2014). Vinte por cento do jovens americanos entre 12 e 20 anos fazem uso de álcool e consomem 11% do total vendido nos Estados Unidos (OFFICE OF JUVENILE PREVENTION, 2005), prevalecendo o padrão de beber para se embriagar, principalmente aos finais de semanas e em contextos sociais. (CENTER FOR BEHAVIORAL HEALTH STATISTICS AND QUALITY, 2016). Ou seja, o padrão mais comum de uso de álcool foi o beber compulsivo, similar ao dos adolescentes brasileiros, proporcionando diversos comportamentos de risco

### 2.2.2 Fatores neurobiológicos

Devido às características do neurodesenvolvimento na adolescência, este período torna-se particularmente vulnerável para desenvolver o TUS. A maturação cerebral envolve mudanças na organização do cérebro com influência maior dos substratos implicados na motivação, já que o sistema de inibição de impulso ainda é imaturo. Este mecanismo pode predispor a ações impulsivas e comportamentos de risco, como o uso abusivo ou aditivo de drogas, as quais também se manifestam em transtornos mentais comórbidos, tais como esquizofrenia, transtornos de personalidade anti-social e *borderline* e transtornos do impulso. O comportamento de procura por

novidade e um sistema de controle inibitório ainda imaturo podem predispor a atos impulsivos e a comportamentos de risco, incluindo o uso e abuso de drogas (CHAMBERS; TAYLOR; POTENZA, 2003); assim, é esperado aumento da impulsividade no período da adolescência, tendendo à redução ao longo dos anos. (SPEAR, 2000).

Os efeitos da exposição cerebral a drogas ilícitas ainda são motivo de estudos mais aprofundados, mas alguns autores já observavam anormalidades na substância branca, no funcionamento eletrofisiológico, nos neurotransmissores e nos metabólitos cerebrais. (SQUEGLIA; JACOBUS; TAPERT, 2009). O uso pesado de maconha tem impacto no funcionamento do circuito cíngulo-cerebelar, o qual apresenta alta concentração de receptores canabinóides. As alterações nestes receptores durante a adolescência podem alterar a trajetória do desenvolvimento nestas regiões, com consequências nas funções motoras, cognitivas e ligadas ao humor. (LOPEZ-LARSON *et al.*, 2012). Jacobus e Tapert (2013) fizeram revisão dos efeitos neurotóxicos do álcool na adolescência e mostraram que os que apresentavam TUS ou uso em excesso desta substância tinham pior desempenho neurocognitivo e alterações nas estruturas das substâncias cinzenta e branca. Também encontraram diferenças nos processos de atenção, aprendizagem, memória, processamento visuo-espacial e funções executivas, concluindo que estas alterações na integridade do cérebro nesta faixa etária também podem perpetuar o de uso de drogas, levando a quadro de TUS e maior risco de gravidade.

O sistema de recompensa é responsável pela sensação de prazer e que também pode levar a comportamentos repetitivos; este mecanismo é estimulado pelos comportamentos relacionados à sobrevivência, como fome e desejo sexual, mas as substâncias psicoativas também podem ativá-lo. As vias mesocortical e mesolímbica medeiam este processo, com projeções do córtex pré-frontal, amígdala, hipocampo para o núcleo *accumbens*, que regula a emoção, a motivação e a cognição. Através da liberação repetida da dopamina, ocorre uma dessensibilização nas sinapses na via mesolímbica, com conseqüente aumento e persistência do consumo de substâncias. (LOPES *et al.*, 2013; BREBNER *et al.*, 2005). Este efeito farmacológico das drogas no sistema ligado à dopamina pode estar mais acelerado durante a adolescência, aumentando o progresso ou permanência dessas mudanças neuronais subjacentes. (CHAMBERS; TAYLOR; POTENZA, 2003).

Uma das últimas áreas a amadurecer é o córtex orbito-frontal, responsável pela regulação da tomada de decisão, portanto, nos adolescentes ainda deficitária.

(WHELAN *et al.*, 2012). A capacidade desta população em avaliar riscos, causa e consequência ao longo da vida ainda está em desenvolvimento, predominando a busca por sensações prazerosas com componente emocional envolvido. Assim estas peculiaridades do neurodesenvolvimento desta faixa etária, tornam os adolescentes mais suscetíveis à experimentação de substâncias. (BLAKEMORE, 2012). O controle deficitário do impulso representa outro motivo associado para o risco de uso de substâncias (ROGERS; ROBBINS, 2001; MOELLER *et al.*, 2001), sendo uma alteração de comportamento presente em vários TM, que se expressa, dependendo de sua manifestação clínica, da região do cérebro implicada e das influências poligênicas. (EVENDEN, 1999). Consequentemente, TM comórbidos com TUS frequentemente envolvem descontrole do impulso, sugerindo uma provável deficiência crônica dos mecanismos inibidores ou mecanismos hiperestimulados do neurocircuito relacionados à motivação. O impacto do uso de psicofármacos em crianças e adolescentes em relação ao desenvolvimento destes neurocircuitos e no risco para TUS ainda é pouco explorado, com a maior parte da informação sugerindo efeito protetor proveniente do uso de psicoestimulantes no TDAH. (CHAMBERS; TAYLOR; POTENZA, 2003).

Alterações na expressão de alguns genes também estão envolvidos na mudança da conformação cerebral de uso experimental para uso aditivo de substâncias. Sugere-se que algumas proteínas que regulam fatores de transcrição genéticos, após administração repetida de drogas de abuso, podem se acumular no núcleo *accumbens* e no núcleo estriado dorsal, contribuindo para uma plasticidade neural e comportamental a longo prazo, mantendo o problema com o uso de drogas. (NESTLER; BARROT; SELF, 2001).

### 2.2.3 Fatores de risco extrínsecos

Fatores culturais, relacionamento com os pares e influências familiares contribuem para a experimentação e acesso às substâncias nesta faixa etária. (TRAD, 1994). É esperado que o adolescente comece a estabelecer vínculos com novos amigos e que forme grupos com os quais se identificou, formando novas opiniões e ideias, que passe mais tempo fora de casa do que com os pais, sendo um processo de transição, diferente do que ocorre na infância ou na pré adolescência. (MARTINS, 2011).

Já está bem estabelecido que adolescentes que tem amigos usuários de substâncias tem maiores chances de usarem também (WINDLE, 2000); os pares não só facilitam o acesso a substâncias como modelam o comportamento e reforçam crenças positivas em relação ao uso. (FARREL; WHITE, 1998). O uso por amigos próximos é um dos fatores mais preditivos para uso de substâncias bem como para uso problemático, independentemente do tipo de relação, se suportiva ou com muitos conflitos. (BRANSTETTER; LOW; FURMAN, 2011). Relacionando este contexto com o risco do uso de álcool, os jovens percebem maior desaprovação do uso de álcool pelo pais do que pelos pares, e esta diferença aumenta ao longo da adolescência como resultado da aceitação crescente do uso pelos amigos e pouca mudança nas normas estabelecidas pelos pais. Portanto, a rejeição dos pares ao uso tem maior impacto do que a proibição dos pais, principalmente na abstinência, em indivíduos do sexo feminino, de raça branca e jovens mais próximo da idade adulta. (MRUG; McCAY, 2013). Também existem evidências que o baixo nível de suporte materno pode contribuir para o risco de uso de substâncias ilícitas, mas não para álcool e tabaco. (BRANSTETTER; LOW; FURMAN, 2011).

Ainda corroborando as influências sociais como fatores preditores no uso de substâncias, a convivência com pares desviantes e monitoramento parental, mais especificamente no início da adolescência, são fatores preditores consistentes no uso precoce, enquanto que a qualidade no relacionamento familiar é um preditor significativo de uso na transição para o ensino médio até o final da adolescência. Sugere-se também que, tanto o monitoramento parental como a qualidade no relacionamento pais-jovem podem ter papel indireto na escolha dos pares, consequentemente influenciando no uso de substâncias no final da adolescência. (VAN RYZIN; FOSCO; DISHION, 2012).

Outros fatores externos também favorecem o uso de substâncias entre os adolescentes, tais como falta de empatia e apoio familiares, pressão de grupo, violência doméstica, comportamento agressivo na infância e baixa autoestima. (FORMIGONI, 2014). Eventos adversos na infância também tem impacto importante: Dube *et al.* (2003) examinaram 8613 adultos e aplicaram escala de avaliação de 10 estressores na infância tais como abuso, negligência, e disfunção familiar, além de pais usuários de substâncias. Comparando com os indivíduos que não pontuaram, os que pontuaram 5 ou mais itens, apresentaram maior chance de uso problemático de substâncias no futuro.

#### 2.2.4 Fatores protetivos

Entre as principais razões para o não consumo de drogas entre adolescentes estão a informação adequada sobre drogas e o apoio familiar. Os não usuários apresentam comportamento evitativo ao uso de drogas devido às orientações precoces dos pais, somadas à observação direta de danos morais e físicos causados pelo abuso de substâncias na comunidade. O contato com situações que impeçam o jovem de atingir seus objetivos de vida, o medo de morrer devido à violência causada pelo tráfico de drogas, adequada estrutura familiar, respeito e apoio entre seus membros, parecem igualmente importantes para evitar o contato com drogas entre jovens expostos a situações de risco. (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005). Estudo sobre adolescentes que tem amizades próximas baseadas em características positivas também foram associadas com baixo risco para uso de drogas. (AVERNA; HESSELBROCK, 2001).

Finalmente, a família pode atuar como maior fator protetor do uso de drogas, baseando-se em relações afetivas, monitoramento e supervisão dos pais. (HAIR *et al.*, 2008). De Paiva e Ronzani (2009), em revisão sistemática, também corroboraram que adolescentes que recebem apoio, suporte, monitoramento e supervisão adequados dos pais são menos propensos a usar drogas. Em comunidades com situação desfavorável e com altas taxas de TUS entre familiares, a participação em uma religião e relacionamento familiar positivo podem reduzir o impacto de eventos ambientais estressores, bem como o surgimento de sintomas de TUS em adolescentes. (YU; STIFFMAN, 2010). Ainda sobre as variáveis familiares, Horta, Horta e Pinheiro (2006) sugeriram que a presença de pai, mãe ou ambos no domicílio parece ter efeito protetor contra o uso de tabaco, e provavelmente tenha o mesmo efeito quanto às drogas ilícitas, quando não associado com álcool.

#### 2.2.5 Comorbidades psiquiátricas no TUS

O uso de substâncias psicoativas é associado tanto com o desencadeamento de transtornos mentais como ocorre na presença destes. Indivíduos com transtornos psiquiátricos, por exemplo, apresentam taxas maiores de tabagismo do que a população geral. (AUBIN *et al.*, 2012).

Adolescentes com antecedentes de transtornos mentais como esquizofrenia, transtornos do humor e transtornos disruptivos tem maiores chances de desenvolver TUS comórbido. (SWADI, 1999; ZEITLIN, 1999). Em revisão sobre comorbidades psiquiátricas em adolescentes com TUS tratados, observou-se taxas variando entre 61% a 88%, com prevalência de transtornos externalizantes, como TDAH e TC, transtornos que tem como uma das características mais evidente o comportamento impulsivo; também ressalta-se que o TDAH tem alta taxa de associação com TC. (COUWENBERGH *et al.*, 2006). Já a associação entre transtorno internalizantes, como transtornos do humor e da ansiedade, com TUS é menos consistente. Sugere-se que indivíduos com ansiedade ou transtornos afetivos tem maior tendência a usar substâncias para redução do sintomas do transtorno de base. (MYERS; STEWART; BROWN, 1998).

No caso de adolescentes com TC, supõe-se que exista uma propensão a se exporem a riscos e agirem de forma imprudente, o que sugere que tenham impulsividade aumentada e dificuldades em tomada de decisões. Assim, são mais suscetíveis ao uso de substâncias, com provável alteração no mecanismo de recompensa e uma persistência em escolher metas a curto prazo, ao invés de consequências de longo prazo. (VAN GOOZEN *et al.*, 2004). Dória *et al.* (2015) no estudo de 69 menores infratores, indicaram que jovens com comportamento delinquente crônico ou grave apresentaram diagnóstico de TUS com mais frequência, bem como uma associação significativa entre TDAH e TUS. Também Mulvey (2011) apresentou dados consistente na correlação uso de drogas e jovens com problemas com a lei, assim como a presença de diagnóstico de TUS e seu nível de gravidade também apresentou correlação com o número de detenções e autorrelato de comportamentos disruptivos. Ainda nos transtornos externalizantes, um em cada quatro indivíduos com TUS apresentam TDAH como transtorno comórbido, e os usuários de cocaína tem menor prevalência deste diagnóstico se comparado com usuário de álcool. (VAN EMMERIK-VAN OORTMERSSEN *et al.*, 2012).

Wu *et al.* (2011) compararam amostra de adolescentes com TM e adolescentes da população geral da Noruega, observando nos primeiros uma prevalência alta de uso atual de tabaco e risco de uso de substâncias ilícitas quatro vezes maior. Também mostraram que os que apresentaram transtornos do humor reportaram alta frequência de tabagismo e uso de drogas ilícitas e os com transtornos alimentares reportaram alta frequência para uso de álcool. Na comparação geral, houve aumento na

prevalência de uso de substâncias ilícitas e tabagismo entre os adolescentes com transtornos psiquiátricos, mas a frequência no uso de álcool foi alta nas duas amostras. Em recente estudo epidemiológico com indivíduos portadores de TDAH e seus subtipos, De Alwis *et al.* (2014) encontraram associação consistente do subtipo hiperativo-impulsivo com TUS, se comparado com o subtipo desatento, sugerindo a impulsividade como precursora do uso de substâncias. Particularmente sobre os transtornos alimentares, Mann *et al.* (2014) descreveram prevalência de 27,9% de adolescentes nesta situação com uso regular (mensal, diário ou compulsivo) ou TUS.

### 2.3 A ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A motivação pode ser conceituada como a atividade cerebral que processa informações sobre o estado interno do indivíduo, de forma intrínseca (relacionados à vontade própria em realizar uma mudança) e extrínseca (que refere-se ao desempenho em uma atividade de modo a obter um resultado, com atuação de forças externas ao indivíduo) e determina seu comportamento mediante estes dois fatores. (RYAN; DECI, 2000). É um processo complexo destinado a organizar o comportamento em prol de garantir a sobrevivência. Estudos com animais e humanos sugerem a existência de um circuito motivacional envolvendo o córtex pré-frontal e o ventral estriado (KALIVAS *et al.*, 2001); este suportaria um sistema secundário, envolvendo o hipocampo e a amígdala, que proveem memória contextual e afetiva e que são relevantes para o estímulo motivacional. (PENNARTZ; GROENEWEGEN; LOPES DA SILVA, 1994). Já o neurocircuito envolvendo o hipotálamo e o núcleo septal teriam papel relevante nos comportamentos motivacionais primitivos como por exemplo, alimentar-se, agressão e reprodução. (SWANSON, 2000).

O termo vem sendo estudado na psicologia e, segundo Todorov e Moreira (2005), a palavra é originária do latim, significando “mover-se”, porém abordado de muitas maneiras, muitas vezes por falta de conhecimento do assunto. Também é de grande relevância o conceito de motivação como a probabilidade de o sujeito iniciar e dar continuidade ao processo de mudança, e que não é estável, oscilando de acordo com as situações ou momentos, portanto, não ligada ao caráter da pessoa. (MILLER; ROLLNICK, 2001). Assim, um dos objetivos na terapêutica de usuários de substâncias seria motivá-los a aderirem ao tratamento, já que a motivação pode ser influenciada por fatores externos.

Pacientes difíceis, tais como adolescentes neste estudo, são aqueles que de início não apresentam motivação interna, apenas motivação externa, não sendo suficiente para atingir a mudança em sua plenitude. (TAIT; HULSE; ROBERTSON, 2004; KNIGHT *et al.*, 2005; DICLEMENTE; SCHLUNDT; GEMMELL, 2008). Assim, a EM seria uma opção terapêutica nesta população, auxiliando no processo de busca da motivação própria, percepção das consequências causadas pela substâncias e planejamento de solução de problemas decorrentes.

A EM foi desenvolvida por Miller e Rollnick (2001) e visa a auxiliar o sujeito nas mudanças dos comportamentos disfuncionais em relação ao uso de substâncias. Os autores descreveram o processo como uma intervenção centrada no paciente, através de método diretivo para aumentar a motivação intrínseca para mudar, explorando e resolvendo a ambivalência. É característico da EM sua proposta individualizada e adequada para cada estágio de prontidão para mudança, a fim de aumentar a adesão ao tratamento e prevenir recaídas em pacientes considerados dependentes, tais como encontrado em transtornos alimentares, tabagismo, jogo patológico, dependência de substâncias psicoativa e até mesmo na promoção de saúde bem-estar.

Nos últimos 25 anos a EM vem apresentando evidência de sua eficácia, principalmente na população adulta. Quatro meta-análises mostraram evidências de que a EM pode ser equivalente ou melhor do que outros tratamentos, como terapia cognitivo comportamental ou medicação, e superior ao placebo ou ao não tratamento. (BURKE; ARKOWITZ; MENCHOLA, 2003; HETTEMA, STEELE; MILLER, 2005; RUBAK *et al.*, 2005). Ainda, Lundahl *et al.* (2010), encontraram efeitos mais consistentes em amostras com indivíduos mais velhos quando comparado a um tratamento específico. A EM é baseada no modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (1982) e se utiliza de várias técnicas como a cognitivo-comportamental, terapia centrada no paciente e terapia sistêmica. O modelo transteórico baseia-se na ideia de que mudar um comportamento se dá através de um processo e que o indivíduo pode transitar entre os estágios de motivação.

O terapeuta deve guiar sua intervenção de acordo com os seguintes princípios desenvolvidos por Miller e Rollnick (2001): expressar empatia, desenvolver a discrepância, evitar a argumentação, acompanhar a resistência e estimular a autoeficácia. Também fazem parte o *feedback*, oferecer ajuda ativa, oferecer escolhas e aconselhar. (BURKE; ARKOWITZ; MENCHOLA, 2003). A motivação para mudar ocorre

quando o indivíduo consegue desenvolver a discrepância entre seu comportamento atual e seus objetivos futuros. (SMEDSLUND *et al.*, 2011).

Esta técnica trabalha a motivação do paciente de acordo com o estágio de motivação em que o indivíduo se encontra, objetivando melhorar a adesão e a prevenção recaídas. (MILLER; ROLNICK, 2001). O primeiro princípio a ser trabalhado, a expressão da empatia, é a capacidade de construir uma aliança terapêutica através da escuta reflexiva, compreendendo as esperanças e anseios do paciente. Além disso, também entender os limites do paciente, aceitando-o como ele é, o que facilita o processo de mudança. A escuta reflexiva auxilia no processo à medida que tenta clarificar o que o paciente quer dizer, através de afirmações e não perguntas, que podem provocar resistência. Assim a ambivalência é aceita como esperada no momento do tratamento e é associada à motivação do indivíduo para mudar, ou seja, quando mais motivado estiver, menor a ambivalência para realizar mudanças de comportamento.

Desenvolver discrepância significa ajudar o paciente a ver e perceber como o seu comportamento atual ameaça seus objetivos pessoais ou é inconsistente com seus valores. A partir disso, os argumentos para mudança devem partir mais do paciente do que do terapeuta.

Ao evitar a argumentação, o terapeuta consegue diminuir atitudes de defesa do paciente, que frequentemente resultam no fracasso em mudar.

Em relação à resistência, usam-se estratégias não-confrontativas para que o paciente reconheça que a ambivalência é natural, e o terapeuta pode reformulá-la apresentando novas perspectivas ao paciente, no processo de estímulo à sua autonomia para solução do problema.

Apoiar a autoeficácia consiste em explorar mudanças anteriores que obtiveram sucesso em outros aspectos da vida do indivíduo, comparando com a atual situação, melhorando as crenças do mesmo sobre possibilidades de mudança. Ademais, o terapeuta pode comunicar de forma otimista que fazer mudanças é um objetivo possível e ajudá-lo a desenvolver habilidades para tal. (ERICKSON; GERSTLE; FELDSTEIN, 2005). Segundo Dennis *et al.* (2002) os cinco princípios não precisam ser aplicados e adaptados necessariamente para os jovens; é importante conhecer seu universo e afinidade para poder comunicar-se com eles.

O modelo utilizado para identificar como ocorre a mudança foi desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982) os quais descreveram a prontidão para mudança

como estágios motivacionais nos quais o indivíduo transita de forma não linear. As motivações pessoais para mudar sofrem influência de uma série de variáveis internas como a genética e aspectos da personalidade, e externas, como fatores sociais. Observou-se que há uma interação entre os fatores de risco e protetivos em âmbito individual e ambiental. (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

As definições dos estágios de mudança são apresentadas a seguir:

QUADRO 1 - NÍVEIS DE PRONTIDÃO PARA MUDANÇA

Pré-Contemplação	Não há a consciência de que existe um problema, e mesmo se houver, o indivíduo a atribui a outras pessoas ou situações, nunca a si mesmo. Neste estágio dificilmente a pessoa procura ajuda para mudar, e, quando o faz, se dá através de outras motivações externas, como por exemplo, por encaminhamento judicial no caso de adolescentes.
Contemplação	O indivíduo consegue examinar seu padrão de comportamento e já existe uma ideia de que é necessário modificá-lo, mas sem iniciar ações para que isto ocorra. Este estágio é marcado pela ambivalência.
Ação	O indivíduo está decidido a mudar e já está implementando um plano para tal, começando a criar um novo padrão de comportamento
Manutenção	Neste estágio o indivíduo consegue sustentar o novo padrão por um período de tempo considerável a ponto de já estar consolidado no seu estilo de vida.
Recaída	Retorno ao padrão de consumo anterior. É considerado como parte do processo de mudança.

FONTE: PROCHASKA; DICLEMENTE (1982).

De acordo com este modelo, torna-se importante incluir a avaliação do nível de prontidão no planejamento da intervenção mais adequada para o paciente (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). As comorbidades também podem influenciar na resposta ao tratamento da dependência por alterar a motivação, como por exemplo, evidências de maior motivação para mudar em estudo com alcoolistas com sintomas depressivos graves, sugerindo-se que estes possuíam maior percepção das consequências negativas da dependência e apresentando mais esforço na tentativa de interromper o uso de álcool. (BLUME; SCHMALING; MARLAT, 2001).

### 2.3.1 A entrevista motivacional na adolescência

Os jovens raramente buscam ajuda por conta própria, especialmente usuários de substâncias. Apresentam baixa motivação e dificilmente relacionam seus problemas ao uso de substâncias. Os que percebem alguma dificuldade tendem a minimizá-la ou a negá-la. Dependendo da forma como forem abordados, poderá haver um aumento da resistência, dificultando muito o sucesso terapêutico. (MARQUES; FURTADO, 2004).

Os adolescentes são os pacientes mais difíceis de trabalhar em ambiente terapêutico. Muitas vezes chegam sem motivação ao local de tratamento, sendo um desafio para os terapeutas, como os que vem encaminhados pela escola ou família. No caso dos que iniciam um tratamento por ordem judicial, por cometerem algum delito, a motivação pode ser mínima. (LINCOURT; KUETTEL; BOMBARDIER, 2002). Alguns outros fatores inerentes a esta faixa etária também podem contribuir para a falta de motivação, tais como: prejuízos na escola, na família, envolvimento com atos infracionais e gravidade do TUS, este último, muitas vezes se instala pela falta de intervenção neste período, cronificando o quadro durante a vida adulta. (MUCK *et al.*, 2001; DENNIS *et al.*, 2004). Assim a EM pode ser útil, aumentando as chances de motivação para o tratamento em pacientes com menor chance de sucesso terapêutico. (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005).

A EM é uma intervenção positiva nesta faixa etária já que se utiliza de abordagem não-confrontativa e não-impositiva. Desta forma, ajuda-os a perceber que, se não houver diminuição no consumo de drogas, pode haver prejuízos e danos. O objetivo principal é proporcionar um espaço para que o adolescente converse sobre os problemas relacionados ao uso de substâncias e possa refletir sobre opções de mudança. (McCAMBRIDGE; STRANG, 2004).

Esta técnica parece se encaixar bem no estágio de desenvolvimento dos adolescentes, quando necessitam fazer decisões por eles mesmos, exercitar sua independência e sua autonomia, ao não confrontar o alto nível de reatividade característico dessa faixa etária. Assim, o terapeuta deve evitar pressionar o jovem para realizar mudanças ou resolução de problemas de forma prematura, buscando oportunidades para propor escolhas. (NAAR-KING, 2011). Como neste período o adolescente começa a estabelecer a própria autonomia e identidade, lidando com novas interações sociais e valores morais, a ambivalência acaba aparecendo como fator comum; também o confronto com figuras de autoridade, em maior ou menor grau,

pode levar o jovem a comportamentos de risco. (SINDELAR *et al.*, 2004). Assim a EM vai ao encontro destes desafios durante a adolescência, já que enfatiza a autonomia e a habilidade de decidir sobre seu próprio comportamento, enquanto permite que o jovem explore possibilidades de mudar comportamentos de risco ou mal adaptativos. (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Segundo Miller (2009) e Jessor *et al.* (2006), uma expressão de empatia acurada é importante na relação terapêutica com adolescentes. É comum para eles experimentarem pouca aceitação e entendimento por parte dos adultos, e o terapeuta, em um primeiro momento, é percebido como outro adulto que não o compreende, não o escuta e não acredita que tem algo a dizer-lhe. Portanto o diferencial da EM para outros modelos de intervenção baseia-se na colaboração entre paciente e terapeuta, e não apenas no especialista transmitindo conhecimento de forma unilateral ao paciente; além disso, neste contexto, é esperado que o terapeuta estimule argumentos para mudar que partam do jovem, ao invés de oferecer conselhos que não lhe foram solicitados. (NAAR-KING, 2011).

Outro componente importante ao longo das sessões é abordar e dar importância ao grupo de pares, que são muito valorizados na adolescência e muitas vezes exige esforço para que estas relações interpessoais sejam modificadas. (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Desta maneira, a EM tem aplicação vasta no campo da psiquiatria da adolescência, além de encorajar o jovem a maximizar o uso dos serviços de saúde disponíveis a ele, como a participação em grupos ou em sessões de terapia individuais. (JACKMAN, 2012).

### 2.3.1.1 Evidências científicas da aplicação da entrevista motivacional na adolescência

Um dos primeiros estudos da aplicação da EM na adolescência foi de Colby *et al.* (1998), com 85 adolescentes tabagistas em emergência hospitalar. Os autores utilizaram uma sessão de EM e comparou com sessões de IB após 1,3 e 6 meses das intervenções e constatou maior motivação para parar de fumar e menores níveis de metabólitos de nicotina sérica após 3 meses no grupo que recebeu a EM. Monti *et al.* (1999) aplicaram a EM com adolescentes usuários de álcool, obtendo desfecho positivo com diminuição do uso de álcool, no envolvimento com problemas no trânsito e outras consequências negativas pelo uso, avaliadas num seguimento após 6 meses.

Evidências de eficácia da EM na população jovem ainda estão começando a aparecer. MacGowan e Engle (2010) relataram que a EM atingiu, na última década, os critérios da Associação Americana de Psicologia como tratamento promissor de adolescentes com TUS. Erickson, Gerstle e Feldstein (2005) sugerem que a EM pode efetivamente alterar a frequência do uso de tabaco e *cannabis* e nas tentativas de interromper o uso entre os adolescentes. Em relação à eficácia da EM ao longo do tempo, alguns estudos reportaram mudanças após os primeiros meses da intervenção, em adolescentes com TUS: Bailey *et al.* (2004) mostraram redução no consumo de álcool após 1 e 2 meses; Colby *et al.* (2005) aplicaram a EM a adolescente em setor de emergência hospitalar, com resultados positivos na abstinência de tabaco após 6 meses; McCambridge e Strang (2004) também apresentaram estudos com redução no consumo de álcool, tabaco e *cannabis* após 6 meses de uma sessão de EM; e Peterson *et al.* (2006) relataram diminuição no consumo de drogas ilícitas que não *cannabis* após 3 meses. Já Battjes *et al.* (2004) aplicaram técnicas da EM em sessões de grupos com 194 adolescentes abusadores de substâncias de forma moderada ou grave, observando que os participantes reduziram significativamente o uso de maconha após 6 meses e que esta redução se sustentou após 12 meses, corroborando a validade da técnica em longo prazo.

Na primeira meta-análise sobre o tema, Jensen *et al.* (2011) consideraram 21 estudos. Em 61,9% deles a intervenção consistia em apenas uma sessão, nos demais o número de sessões variava entre 2 a 9, com média de 4 sessões. Em 17 estudos a EM foi usada de forma isolada e 7 estudos apresentaram *follow up* superior a 6 meses. Os autores concluíram que a EM produziu um tamanho de efeito pequeno, mas significativo no desfecho do uso de várias substâncias, além de proporcionar um melhor custo benefício na intervenção com adolescentes de amostra comunitária, em relação a tratamento mais intensivos. Já no tamanho de efeito no desfecho do *follow-up*, consideraram que mesmo um número pequeno de contatos com o paciente pode produzir resultados estatisticamente relevantes após a conclusão da intervenção, promovendo de fato uma mudança no comportamento de uso.

Barnett *et al.* (2012) conduziram uma revisão da literatura e encontraram 39 estudos de EM com adolescentes, experimentais ou *quasi* experimentais e, destes, 67% mostraram que seus desfechos foram estatisticamente significativos, não havendo diferença entre usar apenas a técnica de *feedback* ou intervenções combinadas com outros tratamentos, comparado com a EM isolada. Entender os mecanismos de

mudança possíveis auxilia no delineamento de intervenções mais efetivas e pode facilitar tamanho de efeitos maiores. Apodaca e Longabaugh (2009) realizaram meta-análise sobre este assunto, que incluiu um estudo com adolescentes, e encontraram evidências de que a mudança na linguagem, a experiência em relação à discrepância e a técnica da balança decisional são positivamente relacionadas com resultados melhores. Já a prontidão para mudança, a resistência e o comprometimento do paciente não foram consistentes em interferir nos resultados.

A EM direcionada à cessação do tabagismo também se mostrou mais eficaz no estudo de Brown *et al.* (2003) conduzido com 191 adolescentes tabagistas em uma unidade de internamento psiquiátrico. Comparado com a IB, aquela teve melhores resultados em relação a prevenir o abuso de outras substâncias após os seis primeiros meses da alta. Já em relação à interrupção do uso do tabaco, não houve efeitos estatisticamente significantes. Audrain-McGovern *et al.* (2011) também compararam 5 sessões de EM com IB em estudo com 355 adolescentes e demonstraram efeitos modestos em relação à interrupção do uso de cigarro, sugerindo que a técnica pode apresentar melhores resultados dentro de um tratamento mais amplo. Lawendowski (1998) concluiu que a EM apresentou efeito robusto em uma variedade de amostras – adultos, adolescentes, pacientes internados ou não, mesmo como sessão única e com mudanças significativas.

Grenard *et al.* (2006) revisaram 17 estudos clínicos sobre EM breve em adolescentes e adultos jovens que usavam álcool ou outras substâncias. A revisão mostrou que, em 29% dos estudos, a EM apresentou clara vantagem em comparação a outras intervenções terapêuticas padronizadas. Os autores concluíram que tratamentos com orientação comportamental podem ser promissores em relação a efeitos em longo prazo.

Jessor *et al.* (2006) sugeriram que a EM pode ser efetiva com adolescente em uso prejudicial de álcool, reduzindo o consumo e as consequências negativas. O estudo brasileiro de Segatto *et al.* (2011) comparando EM com brochura educativa, aplicadas em 175 adolescente e jovens adultos que procuraram pronto-socorro por quadro de intoxicação recente por álcool, mostrou que as duas intervenções podem auxiliar na redução do consumo da substância, demonstrando aumento do número de jovens no estágio de ação após a intervenção. Já De Micheli e Fisberg (2004) concluíram que a IB baseada na EM foi mais efetiva na redução do consumo e comportamentos disfuncionais relacionados a múltiplas substâncias do que apenas

folhetos com orientação preventiva. McCambridge e Strang (2004) testaram sessão única de EM em adolescente com TUS comparando a controles e a percepção de risco relacionados a drogas. O *follow-up*, através de autorrelato, ocorreu três meses após a intervenção e os resultados mostraram redução no uso, com padrões maiores de mudança no consumo naqueles usuários pesados de substâncias.

Em relação à adolescentes em conflito com a lei também existem evidências de que a EM pode ser eficaz. Andretta e Oliveira (2008), aplicando a EM em 50 adolescentes usuários de substâncias que cometeram ato infracional, evidenciaram que houve mudança no consumo de drogas, nos estágios motivacionais e nas crenças cognitivas; a pesquisa foi realizada com grupo único, avaliando o desfecho após a intervenção, portanto mais estudos nesta população seriam necessários para avaliar se as modificações foram decorrentes da intervenção especificamente. Lincourt, Kuettel e Bombardier (2002) compararam 73 menores infratores que receberam 6 sessões de EM e 94 que receberam o tratamento padrão do serviço, constatando que os que receberam a intervenção tiveram maior adesão ao tratamento e diminuição do consumo de substâncias. Stein *et al.* (2011a) avaliaram o impacto da EM em reduzir comportamentos de risco e consequências relacionadas em 189 adolescentes detidos com humor depressivo, e após 3 meses da intervenção houve redução significativa do risco de uso de *cannabis* e álcool, com efeitos mais pronunciados da EM no uso de álcool. IBs baseadas na EM também se mostraram promissoras na redução da agressividade entre adolescentes usuários de álcool, como a intervenção aplicada em estudo de Cunningham *et al.* (2012) com 726 adolescentes que procuraram o pronto socorro como consequência do uso de álcool e posterior comportamento agressivo. Estes foram avaliados um ano após participarem de uma sessão de IB pelo computador, auxiliado ou não por um terapeuta, mostrando eficácia.

Adolescentes com TM e TUS secundário também estão sendo alvo de estudos da aplicabilidade da EM: Goti *et al.* (2010) aplicaram IB baseada na EM em 143 jovens internados para tratamento de TM com posterior relato de TUS, mostrando que a técnica mudou significativamente o conhecimento sobre substâncias psicoativas, mas não em outras variáveis relacionadas ao uso. Merlo e Storch (2010) utilizaram a EM em jovens com transtorno obsessivo compulsivo, sendo que um grupo recebeu a EM junto com a terapia cognitivo comportamental (TCC) e outro psicoeducação com TCC; os indivíduos do primeiro grupo apresentaram ganhos no tratamento de forma mais rápida. A EM também foi aplicada a adolescentes tabagistas em internamento para

TM, comparando-a com aconselhamento breve com o objetivo de interrupção do tabagismo, em estudo de Brown *et al.* (2009) com 191 indivíduos naquele e 116 neste, sugeriu melhores resultados em até 6 meses após a hospitalização.

Estudos com intervenção baseada na EM em ambiente escolar também se mostraram efetivos, como no de Walker *et al.* (2008), no qual 97 adolescentes recrutados de escolas de ensino médio com uso problemático de *cannabis*, foram submetidos à EM e, após 3 meses, mostraram redução no uso. Os estudantes que apresentaram mais frequência de consumo (9 ou mais vezes no último mês) eram mais propensos a fazer mudanças no uso.

Stein *et al.* (2011b) estudando 332 mulheres jovens que não estavam procurando tratamento para uso de maconha e que foram submetidas a duas sessões de EM ou a apenas uma avaliação do uso, mostraram que após 3 meses da intervenção os efeitos foram significativos, mas após 1 mês isto não ocorreu.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um ensaio clínico controlado, não randomizado, sem cegamento. O fator em estudo foi a Entrevista Motivacional e foram construídas as seguintes hipóteses:

- H0: a entrevista motivacional não auxilia na mudança da motivação para o uso de substâncias.
- H1: a entrevista motivacional auxilia na mudança da motivação para o uso de substâncias.

#### 3.2 INTERVENÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado comparando um grupo que recebeu a intervenção da EM, enquanto recebia o tratamento do hospital, com um grupo controle, que recebeu somente o tratamento oferecido pelo hospital.

#### 3.3 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

O estudo foi conduzido no Hospital de Neuropsiquiatria San Julian, localizado na cidade de Piraquara - Paraná, que faz atendimento ambulatorial e de internação integral a adolescentes e adultos com TUS, no período de outubro de 2014 a novembro de 2015. Os dados foram coletados durante o mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde a crianças e do adolescente da Universidade Federal do Paraná.

#### 3.4 POPULAÇÃO FONTE

De acordo com o último levantamento realizado pelo CEBRID (CARLINI *et al.*, 2010), em 27 capitais brasileiras, foi observado que 1,7% dos adolescentes faziam uso de drogas ilícitas vinte vezes ou mais no mês no município de Curitiba, no mês anterior ao dos dados coletados.

A coleta de dados foi realizada com adolescentes do sexo masculino com TUS internados para tratamento no Hospital de Neuropsiquiatria San Julian, que no ano de 2014 atendeu 423 jovens com o transtorno e em 2015 atendeu 273.

O hospital de Neuropsiquiatria San Julian é um centro de atenção terciária em saúde mental e está situado em Piraquara (PR), região metropolitana de Curitiba. O tratamento oferecido é de acordo com o preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e se articula com os outros equipamentos de saúde, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), ambulatórios, comunidades terapêuticas e unidades de saúde. O hospital recebe pacientes provenientes de todo o Estado do Paraná, com indicação de internação psiquiátrica integral voluntária, involuntária ou compulsória, para os diversos TM. No caso da ala de adolescentes, alguns jovens internavam imediatamente após cumprirem medida socioeducativa em regime fechado.

O local apresenta enfermarias e atividades separadas para adolescentes e adultos que necessitam de cuidados intensivos para tratar o TUS e suas comorbidades, a saber: Unidade Bion (tratamento de transtornos mentais), Unidade Jellines (TUS em adultos do sexo masculino) e unidade Rached (TUS em adolescentes do sexo masculino); esta última, de interesse para este estudo, possui 20 leitos.

No funcionamento normal do local, os jovens chegam ao setor de internamento do hospital acompanhados de um responsável. Lá é feita a avaliação psiquiátrica e clínica e na presença de critérios para dependência química de uma ou mais substâncias, o adolescente é admitido na enfermaria. Neste momento preenchem uma ficha com os dados pessoais do adolescente (endereço, telefone, responsáveis por ele etc.) e são feitas as orientações acerca das normas e funcionamento da unidade para o paciente e seus responsáveis. O tratamento oferecido baseia-se em abordagem multidisciplinar, sendo a equipe composta por médico clínico e psiquiatra, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, educador físico e equipe de enfermagem; os atendimentos são realizados individualmente ou em grupo, e o paciente e o seu plano terapêutico são reavaliados periodicamente de acordo com sua adesão e entendimento de seu transtorno mental. O tempo de internação é, em média, de 30 dias e pode estender-se de acordo com ordem judicial ou a critério médico. Durante o tratamento também é orientado que as famílias compareçam às reuniões com a assistente social e a psicóloga às quartas-feiras e com o médico da unidade, às sextas-feiras.

### 3.4.1 Critérios de inclusão

Constituíram os critérios de inclusão:

- Adolescentes do sexo masculino internados no hospital San Julian
- Idade de 12 anos a 17 anos e 11 meses;
- Que estivessem em seu primeiro internamento integral;
- Diagnóstico de dependência de substâncias;
- Aptos física e mentalmente a participarem da entrevista e aplicação da escala;
- Adolescentes que assinaram o Termo de Assentimento (TA) e cujos pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 3.4.2 Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão foram considerados:

- O sujeito ou familiares que oferecessem respostas que não fossem confiáveis;
- Sujeito e familiares que não fornecessem informações suficientes para as análises da pesquisa;
- No momento das entrevistas e da aplicação da escala, o adolescente que apresentasse qualquer doença física ou mental que o impossibilite a participar, como sintomas psicóticos, dificuldade de leitura ou interpretação dos dados da escala e atividades da EM;
- O sujeito ou familiares que optassem por retirar o TCLE ou o TA.

## 3.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Constituiu a população do estudo 32 adolescentes do sexo masculino internados no Hospital San Julian. Dois foram excluídos da amostra por dificuldades cognitivas. Dos 30 da amostra final, 15 receberam a EM e 15 receberam o tratamento usual do hospital de acordo com a data de chegada ao hospital, de forma não-randomizada.

### 3.6 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

A técnica de amostragem se deu de forma não probabilística, por conveniência, de todos os casos encaminhados para internação integral no Hospital San Julian e foram alocados nos grupos por ordem de tempo.

## 3.7 MÉTODOS

### 3.7.1 Anamnese psiquiátrica

Foi realizada com os pais e o adolescente com o objetivo de coletar informações sobre o histórico do uso de substâncias. No caso dos adolescentes também teve importância para estabelecer um vínculo. A anamnese foi adaptada e os seguintes tópicos foram abordados: 1. Queixa e duração; 2. História Mórbida Atual; 3. Antecedentes patológicos; 4. Escolaridade; 5. Antecedentes Familiares; 6. Exame Psíquico (Apêndice 1). A coleta de dados sobre diagnósticos psiquiátricos comórbidos foi realizada a partir do prontuário do paciente.

### 3.7.2 A aplicação do K-SADS-PL, Versão Brasileira da *Schedule Affective Disorder and Schizophrenia for Scholl Aged-Children* para crianças de 6 a 18 anos

Esta entrevista diagnóstica semiestruturada foi projetada para obter pontuação de gravidade de sintomatologia e avaliar a história de transtorno psiquiátrico no momento presente e ao longo da vida, em crianças e adolescentes segundo os critérios do DSM-III e DSM-IV. Perguntas e critérios objetivos são fornecidos para pontuar cada um dos sintomas. Os diagnósticos principais avaliados pelo K-SADS-PL são: Depressão Maior, Distímia, Mania, Hipomania, Ciclotímia, Transtornos Bipolares, Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Psicose Reativa Breve, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno de Evitação na Infância e Adolescência, Fobias Simples, Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada e (ou) de Ansiedade Excessiva, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno de Conduta, Enurese, Encoprese, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno Transitório de Tique, Transtorno de Tourette, Transtorno de Tique Vocal ou Motor Crônico, Abuso de Álcool, Abuso de Substâncias, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Ajustamento. O entrevistador deve sentir-se livre para adequar as perguntas ao nível de desenvolvimento da criança e usar a linguagem fornecida pelos pais ou criança, quando interrogados sobre sintomas específicos. (BRASIL, 2003).

A K-SADS-PL é aplicada entrevistando-se um dos pais (ou os dois), a criança e (ou) adolescente, finalmente, chegando a uma pontuação conclusiva, que inclua todas as fontes de informações (pais, crianças, escola, prontuário e outras). (BRASIL, 2003).

A administração da K-SADS-PL requer a aplicação de: 1) uma Entrevista Introdutória não estruturada (no caso da pesquisa foi a anamnese psiquiátrica); 2) uma Entrevista de Rastreamento para Diagnóstico; 3) a Lista de Checagem de Suplementos a serem completados; 4) os Suplementos Diagnósticos Adequados; 5) a Folha de Resumo dos Diagnósticos; 6) a pontuação da Escala de Avaliação Global de Crianças (CGAS). De início, a K-SADS-PL é completado com cada informante separadamente. (BRASIL, 2003).

A aplicação deste instrumento foi realizada somente pela pesquisadora. Todos os questionários foram revistos e analisados e, para esta pesquisa, foi utilizada somente a seção de Abuso de álcool e abuso de substâncias.

A K-SADS-PL é uma entrevista clínica semiestruturada tendo como informante a criança e seu responsável legal, em geral quem respondeu foi a mãe. Posteriormente os adolescentes também passaram pela aplicação do K-SADS-PL, pelo mesmo médico que aplicou com os pais. A partir dessas informações, o entrevistador precisou usar seu julgamento clínico para garantir a correta avaliação das respostas tendo como base duas fontes de informações, muitas vezes divergentes, e discernir sobre a pontuação conclusiva, segundo critérios dos autores do instrumento. (BRASIL, 2003).

No emprego da K-SADS-PL é importante enfatizar a necessidade de um amplo conhecimento sobre o desenvolvimento emocional da criança, sobre os fenômenos psicopatológicos na infância e adolescência, sobre a influência do contexto familiar e sociocultural nas manifestações sintomáticas e sobre a credibilidade das fontes de informações. Para a pontuação dos itens, é importante o domínio do conteúdo do instrumento tendo como referência os critérios do DSM-IV. (BRASIL, 2003).

### 3.7.3 Dados de informações

A fim de organizar os dados principais, a pesquisadora criou este registro contendo: identificação do adolescente contendo apenas as iniciais do nome e sobrenome, idade, data de nascimento, raça, grau de instrução, naturalidade, procedência, se parou de estudar e há quanto tempo, se repetiu o ano letivo e quantas

vezes, se apresentava histórico de problemas de comportamento antes do uso de substâncias, se trabalhava, se cometeu algum delito e se houve reincidência, histórico de algum diagnóstico psiquiátrico comórbido e tratamento para tal. Com quem o adolescente morava, a situação conjugal dos pais, quantos irmãos tinha, grau de instrução e profissão dos pais, situação laboral atual, histórico familiar de TUS, classificação socioeconômica e se participava de alguma atividade social extracurricular. Esta coleta também era posteriormente aplicada com o adolescente.

Nos contatos telefônicos pós-alta, a pesquisadora também criou uma folha de registro contendo os seguintes itens: data, iniciais do nome e sobrenome, situação escolar atual, se está trabalhando, se cometeu algum ato infracional, com quem está morando, se está mantendo alguma modalidade de tratamento e se recaiu no uso de alguma substância (Apêndice 2).

#### 3.7.4 Critério de Classificação Econômica Brasil – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas

O CCEB, Critério de Classificação Econômica Brasil, é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população (Anexo 2).

O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e é realizada a soma destes pontos. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E, de acordo com uma estimativa de faixa salarial.

#### 3.7.5 URICA

Utilizar escalas de avaliação e monitoração de mudanças no comportamento-alvo é comum ao se trabalhar com abordagens motivacionais. A URICA é um questionário de autopreenchimento que não necessita de treinamento prévio, é aplicado na população adulta e apresenta as versões de 32 e 24 itens, em subescalas, que abrangem os estágios de pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. A versão com 24 itens foi a utilizada nesta pesquisa, contemplando os seguintes estágios: Pré-contemplação (6 itens), Contemplação (6 itens), Ação (6 itens) e

Manutenção (6 itens) (Anexo 3). O tempo necessário para a aplicação da escala varia de cinco a dez minutos. A escala avalia os estágios motivacionais de pacientes que vão iniciar tratamento para modificar comportamentos problemáticos, ajudando a guiar as abordagens de tratamento mais adequadas (Anexo 3).

Os autores McConaughy, Prochaska e Velicer (1983) criaram e testaram a escala com 125 itens até reduzirem a 32 e depois a versão de 24 itens, e utilizaram como análise estatística a correlação interitens, correlação entre cada item, o escore total de itens, o coeficiente alfa de Cronbach, coeficiente de correlação linear de Pearson e análise de *Clusters*; os 4 estágios representaram 58% da variância total e o coeficiente alfa de Cronbach variou entre 0,88 a 0,89. A escala foi validada no Brasil por Szupszynski e Oliveira (2008) para comportamentos aditivos, com 214 sujeitos entre 13 e 44 anos de idade. As análises estatísticas evidenciaram uma boa consistência interna da escala de 24 itens (coeficiente alfa de Cronbach = 0,657) e com bons resultados psicométricos.

Segundo Pantalon e Swanson (2003), o URICA apresenta boa consistência interna. O autor aplicou a escala em indivíduos com TUS por álcool mostrando variância e consistência interna aceitáveis, entre 0,8 a 0,84. Já no estudo de Velasquez, Carbonari e DiClemente (1999), os coeficientes de confiabilidade das subsescalas do URICA ficaram entre 0,74 a 0,89 e o coeficiente alfa de Cronbach para a pontuação da subescala de prontidão foi de 0,91. Oliveira e Schneider (2003) utilizaram o URICA e o *hortform dependence* data em pacientes alcoolistas, concluindo que houve correlação positiva entre a gravidade do uso de álcool e o estágio de manutenção. Stephens, Cellucci e Gregory (2004) também aplicaram a URICA em adolescentes usuários de tabaco e concluíram que os jovens que apresentaram maiores escores nos estágios de ação e manutenção, foram aqueles que apresentaram mudanças consistentes nos hábitos de fumar, assim corroborando a possibilidade de diferenciar o nível de motivação para mudar um comportamento de forma efetiva ou não.

O questionário é do tipo *Likert*, com cinco possibilidades de resposta: discordo extremamente, discordo, indeciso, concordo, concordo plenamente. Segundo o site <http://habitslab.umbc.edu/urica-scoring/>, ligado ao *Project Match* (MILLER *et al.*, 1995), que orienta sobre a aplicação da escala, a URICA é utilizada para mensurar o nível de motivação antes de um tratamento, mas sugere também ser possível utilizá-la para mensurar as mudanças na motivação após a aplicação da intervenção, como utilizado nesta pesquisa. Os autores utilizam como escore para mensurar a prontidão o

resultado da soma das médias dos valores das escalas de contemplação, ação e manutenção subtraído da média da subescala de pré-contemplação  $[(C+A+M) - PC]$ , com intervalo de resultados entre -2 a +14. O escore obtido reflete o estágio motivacional que o indivíduo se encontra, a saber: até 8 indica pré contemplação, 8 a 11 contemplação e acima de 12 ação. A análise pode ser realizada calculando a média de cada subitem, isto é, somando-se uma pontuação que varia entre 1 e 5, com valor mínimo de 5 e valor máximo de 30 para cada nível de prontidão. No caso dos itens referente à contemplação, ação e manutenção, quanto mais próximo as médias se aproximam do valor máximo melhor é o nível de prontidão. Em relação ao subitem pré-contemplação, quanto mais próximos do valor mínimo, infere-se que estarão mais motivados para mudar.

#### 3.7.6 Entrevista motivacional

Foi a técnica utilizada para melhorar o estágio motivacional, de forma breve e focada no problema com uso de substâncias. Neste estudo as sessões foram baseadas no CYT (DIAMOND *et al.*, 2002), programa utilizado nos Estados Unidos para tratamento de adolescentes. Em 1997 o *Center for Substance Abuse Treatment* criou o CYT, uma cooperativa em resposta à expansão da população de adolescentes com problemas relacionados ao uso de *cannabis* e à falta de oferta de tratamentos breves visando este público. Os objetivos deste projeto eram desenvolver um modelo de tratamento breve que pudesse ser disseminado e conduzir um ensaio clínico para estimar custos, efetividade e custo-efetividade destas intervenções. A equipe do CYT, então, publicou uma série de artigos sobre a implementação das técnicas, validade das medidas, as características e necessidades dos adolescentes, os manuais com cinco modalidades de tratamento, impacto das intervenções e custos. (DENNIS *et al.*, 2004). Neste estudo foi utilizada a técnica de 5 sessões (SAMPL; KADDEN, 2001) focando em EM e técnicas de TCC. A ênfase em técnicas de EM já havia se mostrado efetiva em reduzir o uso de substâncias comparado a não receber tratamento e a aplicação de técnicas das duas intervenções também se mostrou melhor do que um grupo controle ou a EM isolada. (COPELAND *et al.*, 2001). As técnicas de TCC foram adicionadas a fim de auxiliar no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento para iniciar e sustentar as mudanças contempladas pelo reconhecimento do problema e na melhora na motivação propostas pela EM. Os componentes utilizados foram:

recusar a oferta de substâncias, estabelecer uma rede de apoio, desenvolver um plano de atividades prazerosas e plano para antecipar situações de risco para recaída. (DENNIS *et al.*, 2002).

### 3.8 PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi iniciada após autorização por escrito do diretor clínico do hospital e do médico assistente responsável pela unidade de internação (Anexo 4) e a sequência de procedimentos está ilustrada na Figura 1. Os adolescentes e seus familiares que participaram da pesquisa foram recrutados nos dias de visita, que ocorreram às quartas-feiras. Os menores foram selecionados de forma aleatória, que estivessem na primeira semana de tratamento e que seus responsáveis comparecessem também neste período para coleta de dados e assinatura do TCLE (Apêndice 3). Todos eram do sexo masculino, com idade de 12 anos a 17 anos e 11 meses.

Todos os adolescentes receberam o tratamento oferecido pelo hospital, que consistia em: atendimento psicológico, atividades de educação física, atividades de terapia ocupacional, atividades de musicoterapia, grupos operativos (psiquiatria e psicologia), seminários, atendimentos de serviço social e grupo terapêutico.

A abordagem às famílias ocorreu ao final da reunião, na qual era feita uma explicação em grupo sobre a pesquisa, enfatizando o anonimato e o sigilo dos dados coletados. Concordando, os pais assinaram o termo de consentimento para que a pesquisa fosse iniciada e em seguida foram encaminhados a um consultório do hospital, para que fosse realizada a entrevista e aplicação do K-SADS-PL. Neste momento também foram coletados o endereço e telefone pela pesquisadora.

Os adolescentes foram abordados no mesmo dia ou no dia posterior, para explicação individual da pesquisa, assinatura do termo de assentimento (Apêndice 4) e aplicação da mesma entrevista, KIDS SADS e escala URICA.

Todos os instrumentos e a entrevista inicial foram aplicados pela pesquisadora e cada encontro teve duração média de 50 a 60 minutos.

A anamnese psiquiátrica, o KIDS SADS, a classificação socioeconômica e o registro de informações foram aplicados com a família e com o adolescente no primeiro contato, separadamente. Também neste primeiro contato com o paciente foi aplicada a escala URICA. Na segunda sessão desta etapa, a finalidade foi dar a devolução da avaliação inicial, para que o adolescente obtivesse informações sobre os prejuízos

causados pelas drogas. A devolução foi baseada no princípio do *feedback*, e teve por objetivo fornecer informações claras e desprovidas de julgamentos morais sobre a avaliação realizada, e que consistiu em: padrão de uso, aspectos positivos e negativos do uso, problemas relacionados a uso, quantidade e frequência do uso, suporte social, benefícios e custos ao reduzir o uso. Também foi utilizada a técnica de Registro de Pensamento Disfuncional (RPD) (LUZ JR., 2004), que consiste em registrar pensamentos e sentimentos disfuncionais de acordo com situações ou circunstâncias, neste estudo, relacionados ao ato de consumir substâncias. O RPD também foi utilizado nas sessões em que houve necessidade de identificar o que estava passando na cabeça do adolescente, objetivando delinear formas alternativas de lidar com os problemas, sem recorrer ao uso de drogas.

Na sessão três, foram trabalhadas informações sobre o uso de drogas, a partir de investigação do conhecimento prévio do jovem sobre drogas e folhetos explicativos sobre os efeitos das mesmas (SENAD, 2001; 2002a, b; 2003; 2004), para que o jovem recebesse o máximo de informações reais sobre o uso de drogas, de acordo com as substâncias relatadas na 1.<sup>a</sup> sessão. Também foi aplicada a técnica da Balança Decisacional (KNAPP; LUZ JR.; BALDISSEROTTO, 2001): primeiramente, o adolescente apontou as vantagens que ele percebia em sua vida cotidiana em continuar usando determinada substância; na coluna ao lado, enumerou as desvantagens em continuar usando. O objetivo da sessão, neste momento, foi ajudar o adolescente a concluir que, geralmente, há mais desvantagens na continuação do uso do que em sua descontinuação. Apodaca e Longabaugh (2009) mostraram que o uso da balança decisacional mostrou a melhor associação em mudanças comportamentais em estudos que utilizaram a EM.

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

Na sessão cinco, o objetivo foi discutir sobre a substituição da droga por atividades prazerosas e o suporte social. Nesta sessão, o adolescente referia quais atividades gostaria de realizar como uma nova ocupação, por exemplo, algum esporte; e

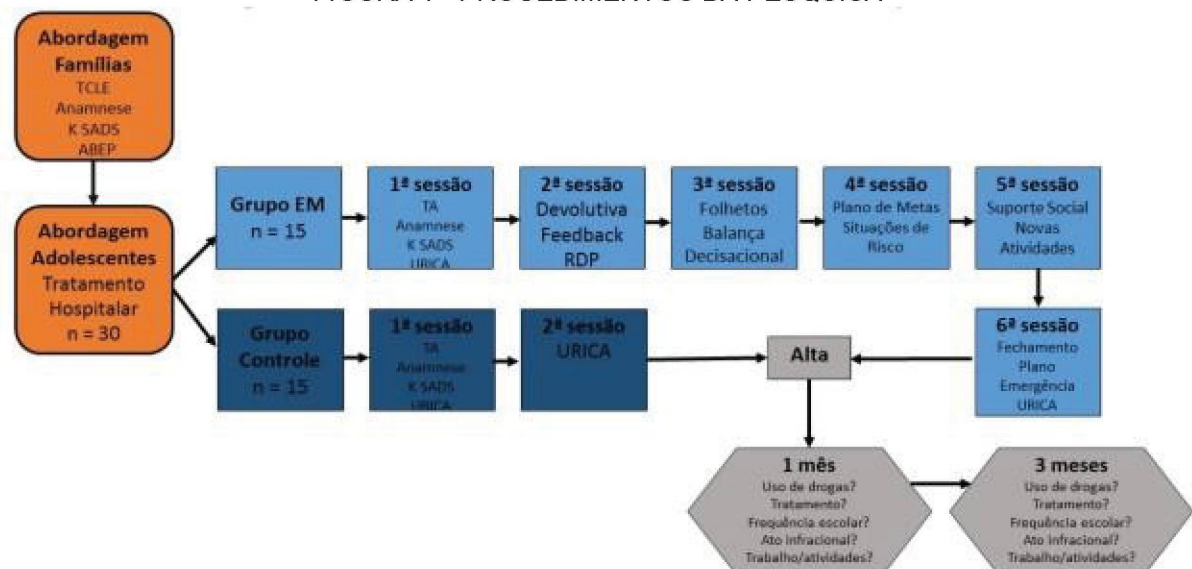
como poderia torná-las uma prática constante em sua vida. Em relação ao suporte social, o adolescente mencionou as pessoas com as quais ele poderia contar em situações de emergência, e como fazer para buscar ajuda.

Na última sessão desta etapa, foi realizado o fechamento do processo, o planejamento de situações de emergências que pudessem ocorrer e a reaplicação da escala URICA. A avaliação do processo foi realizada pelos dois, adolescente e pesquisadora, apontando os pontos fortes e fracos da experiência.

Após um mês da data de alta a pesquisadora entrou em contato telefônico com os responsáveis pelo paciente ou com o próprio, de acordo com a disponibilidade nos momentos das ligações. Neste contato foi preenchida a terceira folha de dados, contendo informações sobre recaída ou não no uso de drogas, retorno escolar, manutenção do tratamento, envolvimento em atos infracionais e ocupação laboral ou atividades de lazer/esportes.

Novamente, após três meses da data de alta, foi realizado novo contato telefônico seguindo o mesmo método.

FIGURA 1 - PROCEDIMENTOS DA PESQUISA



FONTE: O autor (2016)

### 3.9 TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS

Os dados obtidos pela pesquisadora foram registrados no instrumento de coleta de dados, digitados em planilha eletrônica (*Microsoft Excel®*), conferidos e exportados para posterior análise estatística (*Statistica - Statsoft®*).

Os questionários e instrumentos de pesquisa respondidos pelos adolescentes e familiares estão arquivados sob a responsabilidade da pesquisadora.

### 3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas estão expressas em médias e desvio-padrão, para as variáveis simétricas. As variáveis categóricas estão expressas em frequência absoluta e relativa.

A estimativa da diferença entre médias entre os grupos de estudo, para variáveis de distribuição contínua, simétrica e grupos independentes foi realizada pelo teste t de *Student* e para as de distribuição assimétrica pelo teste de Mann-Whitney. A estimativa de diferença do escore URICA antes e depois da intervenção foi estudada por Análise da Variância para medidas repetidas. Também foi utilizado o teste de McNemar para se comparar os desfechos de cada grupo entre um e três meses.

A estimativa da diferença entre frequências foi realizada pelo teste exato de Fisher e teste Qui-Quadrado de Pearson para as variáveis categóricas nominais e teste Qui-Quadrado para tendências lineares para variáveis ordinais.

Para todos foram utilizados testes bicaudais, considerando que as diferenças podem estar distribuídas para ambos os lados da curva, com nível de significância mínimo de 5%.

### 3.11 ÉTICA EM PESQUISA

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos (HC-UFPR) - (Anexo 5): CAAE: 16882613.0.0000.0096.

### 3.11.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo responsável legal (Apêndice 4) e o Termo de Assentimento assinado pelo adolescente (Apêndice 5), após esclarecimento da pesquisa.

### 3.12 MEDIDAS DE PROTEÇÃO OU MINIMIZAÇÃO DE RISCOS

A pesquisa não apresentou riscos para os adolescentes participantes, pois as avaliações realizadas consistiram somente em entrevistas e escalas de fácil entendimento. Os riscos poderiam estar relacionados a perguntas feitas diretamente sobre o uso de drogas, podendo ocorrer do adolescente ou dos responsáveis lembrarem-se de fatos desagradáveis ocorridos, causando estresse psicológico com sentimento de raiva, tristeza, arrependimento, entre outras.

Em relação aos benefícios, o adolescente e seus familiares receberam os resultados da entrevista e da escala durante ao final da pesquisa por telefone.

A pesquisa foi realizada no Hospital San Julian, em Piraquara, e teve duração aproximada de 13 meses, a partir de sua aprovação.

### 3.13 MEDIDAS DE PROTEÇÃO E CONFIABILIDADE

Foi assegurado para o adolescente, assim como para seus familiares, que a participação na pesquisa não iria interferir no andamento do tempo de internamento dentro do hospital nem nas decisões da equipe acerca do tratamento, pois as informações obtidas seriam de caráter confidencial. A pesquisadora assegurou que o caráter anônimo dos pacientes seria mantido e que suas identidades seriam protegidas de terceiros não autorizados. As fichas clínicas ou outros documentos não foram identificados pelo nome, mas por um código. A pesquisadora manteve um registro de inclusão dos pacientes mostrando códigos, nomes e endereços para uso próprio, bem como os formulários de Termo de Consentimento assinados pelos responsáveis legais (Apêndice 4) e o Termo de Assentimento assinado pelo adolescente (Apêndice 5) foram mantidos pelo pesquisador em confidência estrita, juntos em um único arquivo. Foi assegurado que o paciente recebeu uma cópia do Termo de

Assentimento Livre e Informado, assim como seus familiares uma cópia do Termo de Consentimento.

### 3.14 FOMENTO PARA A PESQUISA E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Os recursos para a pesquisa foram arcados pela própria pesquisadora. Foram pagos os materiais gráficos (fotocópias para os termos de consentimento e assentimento pós-informação, anamnese psiquiátrica, a entrevista diagnóstica K-SADS-PL, URICA, Classificação socioeconômica). Como os adolescentes já se encontravam internados, não houve custos com transporte.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

#### 4.1.1 Idade, raça e procedência

Constituíram a amostra deste estudo 30 adolescentes com TUS, todos do sexo masculino e com média de idade de 15,8 anos (IC 95%=DP 15,0 – 16,6) para o grupo EM e 16,5 (IC 95%=DP 15,7 – 17,4) para o grupo controle. Em relação à raça 8 (53,3%) de cada grupo eram brancos, 5 (33,3%) do grupo EM e 7 (46,7%) do grupo controle eram pardos e apenas 2 (13,3%) do grupo EM eram negros. Quanto à procedência 4 (26,7%) do grupo EM eram naturais de Curitiba e 3 (20%) do grupo controle, 9 (60%) do grupo EM e 5 (33,3%) do grupo controle eram da região metropolitana, e 2 (13,3%) do grupo EM e 7 (46,7%) do grupo controle moravam no interior ou litoral. Em relação à idade 1 (6,7%) adolescente de cada grupo com 13 anos, 4 (26,7%) do grupo EM e 2 (13,3%) do grupo controle com 14 anos, 3 (20%) do grupo EM com 15 anos, 3 (20%) de cada grupo com 16 anos e 4 (26,7%) do grupo EM e 9 (60%) do grupo controle com 17 anos. Na Tabela 1 está apresentada a frequência de distribuição em relação à raça e à procedência dos jovens.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RAÇA E PROCEDÊNCIA DOS ADOLESCENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)		CONTROLE (n=15)		p
	n	%	n	%	
Raça					
Branca	8	53,3	8	53,3	0,3
Parda	5	33,3	7	46,7	
Negra	2	13,3	0	0	
Procedência					
Curitiba	4	26,7	3	20	0,34
Região Metropolitana	9	60	5	33,3	
Interior e litoral	2	13,3	7	46,7	

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson.

#### 4.1.2 Escolaridade

Em relação à escolaridade no momento do internamento, a maioria ainda cursava o ensino fundamental, sendo 14 (93,3%) do grupo EM e 11 (73,3%) do grupo controle, 4 (26,7%) do grupo controle estavam cursando o ensino médio e apenas 1 (6,7%) do grupo EM havia finalizado o ensino médio. A média de anos estudados foi de 6,7 (IC 95%=DP 5,5 – 7,8) para o grupo EM e 7,1 (IC 95%=DP 6,1 – 8,1) para o grupo controle. Sobre o número de anos escolares repetidos, o grupo EM apresentou média de 2,4 anos (IC 95%=DP 1,8 – 2,9) e o grupo controle média de 2,8 anos (IC 95%=DP 1,8 – 3,7). A maioria apresentou abandono escolar, sendo 14 (93,3%) do grupo EM e 12 (80%) do grupo controle. Além disso, 7 (46,7%) dos adolescentes do grupo EM e 10 (66,7%) do grupo controle abandonaram a escola após o início do uso de substâncias, 7 (46,7%) adolescentes do grupo EM e 2 (13,3%) abandonaram antes de iniciar o uso.

A Tabela 2 ilustra os dados em relação à escolaridade.

TABELA 2 - DESCRIÇÃO DA FREQUÊNCIA DA ESCOLARIDADE DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)		CONTROLE (n=15)		p
	n	%	n	%	
Frequentando a escola?					
Sim	1	6,7	3	20	0,24
Não	14	93,3	12	80	
Repetência					
Não repetiram	4	26,7	2	13,3	0,14
Repetiram	11	73,3	13	86,7	

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson.

#### 4.1.3 Comportamentos disruptivos, conflitos com a lei e ocupação laboral

Durante a entrevista inicial e no contato telefônico após 1 e 3 meses, foi perguntado às famílias e aos adolescentes se os mesmos apresentavam problemas de comportamentos disruptivos, tais como passar a noite fora de casa, não obedecer às regras de convivência familiar, agressividade física ou verbal, mentiras ou quebra de regras sociais, tanto em casa como em ambiente escolar, observados por eles ou relatados por terceiros. Na avaliação inicial, apenas 2 (6,67%) casos do grupo intervenção e 3 (20%) do controle não relataram problemas de comportamento. Treze

(86,7%) do grupo de intervenção e 12 (80%) do controle manifestaram alterações de comportamento. Também foi perguntado sobre envolvimento com infrações à lei, a Tabela 3 apresenta a frequência de envolvimento com atos ilegais e se houve reincidência.

TABELA 3 - FREQUÊNCIA DE ENVOLVIMENTO EM CONFLITOS COM A LEI DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=30)		CONTROLE (n=15)		p
	n	%	n	%	
Atos infracionais					
Sim	9	60	12	80	0,47
Não	6	40	3	20	
Reincidência					
Sim	2	13,3	9	60	0,03
Não	13	86,7	6	40	

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson.

Dos 30 adolescentes, 17 (56,7%) relataram algum tipo de ocupação laboral no último ano, sendo 9 (60%) do grupo EM e 8 (53,3%) do grupo controle. Em relação a ocupar-se com alguma atividade social ou esporte, apenas 5 (30%) de cada grupo relataram que participavam no momento da entrevista.

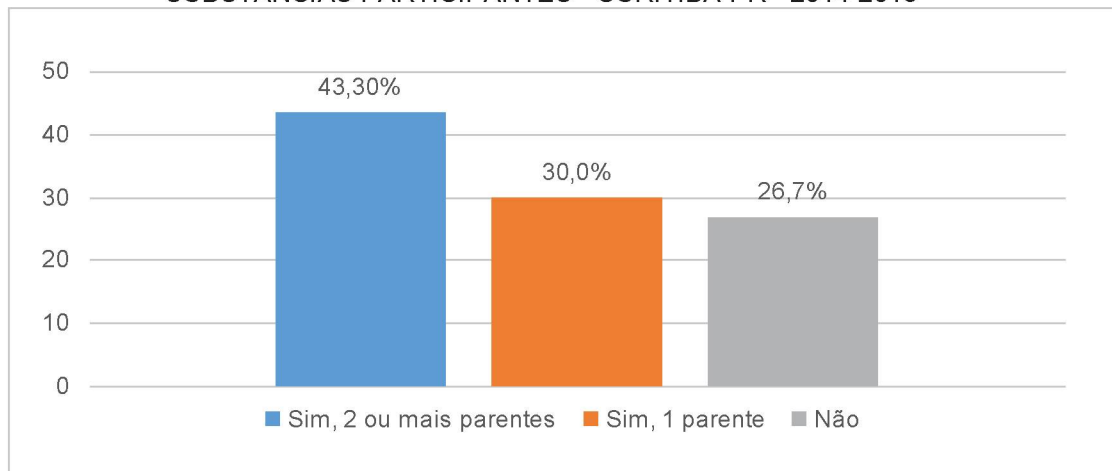
#### 4.1.4 Características dos pais e família

Quanto à escolaridade das mães, dados de 5 delas não foram possíveis de serem obtidos, 3 por serem falecidas e as outras duas desconhecidas. Duas (6,7%) genitoras cursaram até a 4.<sup>a</sup> série, 11 (36,7%) cursaram o fundamental completo, 5 (16,7%) o ensino fundamental completo, 4 (13,3%) o ensino médio incompleto e 3 (10%) cursavam ensino superior. Sobre os pais, de 16 jovens não foi possível obter esta informação, 5 deles por serem falecido. Um (3,3%) genitor apresentou analfabetismo, 5 (13,3%) relataram ensino fundamental incompleto, 3 (10%) relataram ensino fundamental completo e 5 (16,7%) declararam ensino médio incompleto.

Em relação à situação laboral do pai, de 11 (36,7%) não foi possível obter dados. Dos 19 (63,3%) pais restantes, 2 (6,7%) estavam desempregados, 15 (50,0%) empregados ou em auxílio-doença e 2 (6,7%) aposentados. Já entre as mães, de 5 (16,7%) delas não foi possível obter informações; das outras 25 (83,3%), quatro (13,3%) eram do lar, dezenove (63,3%) empregadas e apenas 2 (6,7%) desempregadas, sendo uma moradora de rua e outra em detenção.

Dos que relataram história familiar de uso de álcool ou drogas ilícitas, 6 (20%) relataram problemas de irmãos, 11 (36,7%) relataram uso pelo pai, 4 (13,3%) relataram mãe usuária de substâncias e 12 (40%) relataram outros parentes como tios e primos. O gráfico 1 apresenta a frequência de casos em relação ao número de parentes com problemas com substâncias dos adolescentes.

GRÁFICO 1 - FREQUÊNCIA DE HISTÓRIA FAMILIAR DE PROBLEMAS COM USO DE SUBSTÂNCIAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

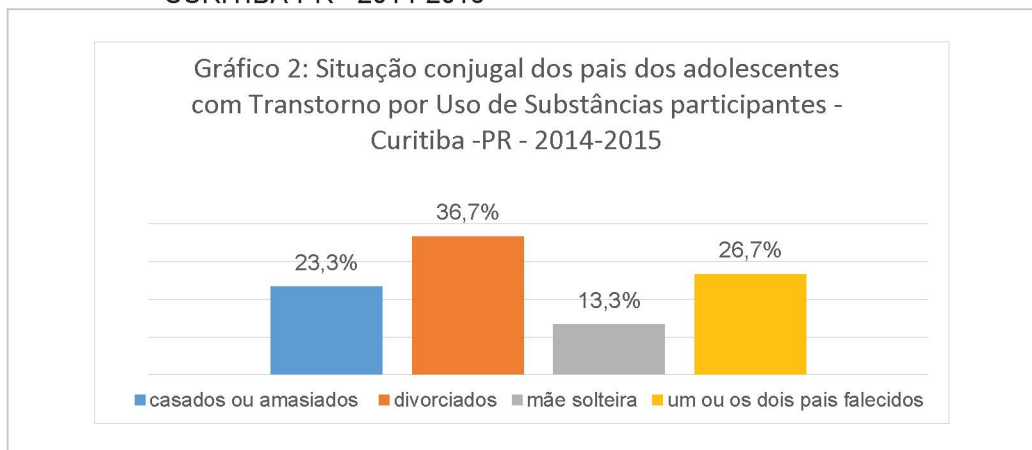


FONTE: O autor (2016)

#### 4.1.5 Características do ambiente

O gráfico 2 ilustra a distribuição da situação conjugal dos pais.

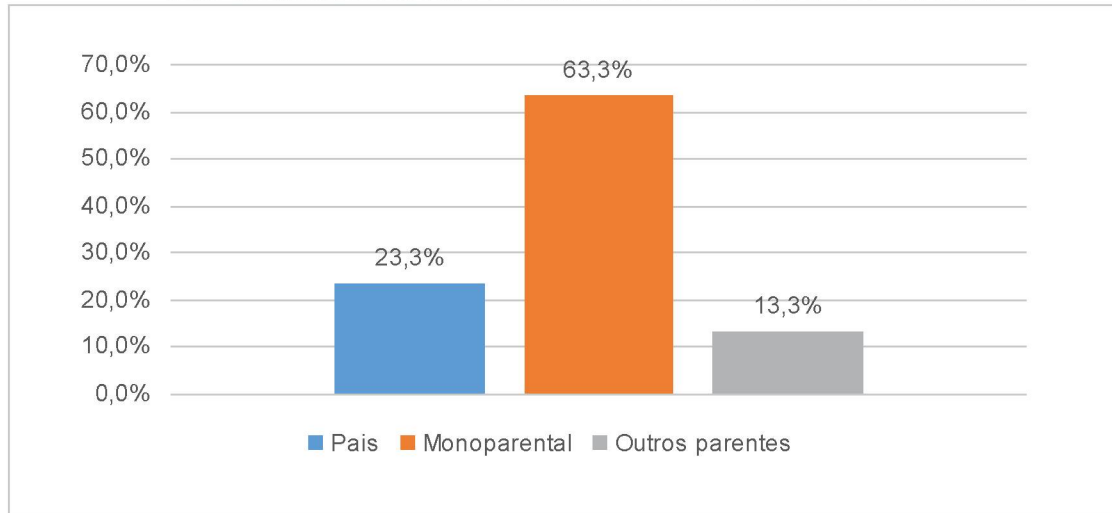
GRÁFICO 2 - SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015



FONTE: O autor (2016)

O gráfico 3 ilustra a situação da constituição familiar, com predomínio dos adolescentes vivendo em família monoparental (19 casos - 63,3%).

GRÁFICO 3 - CONSTITUIÇÃO FAMILIAR DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

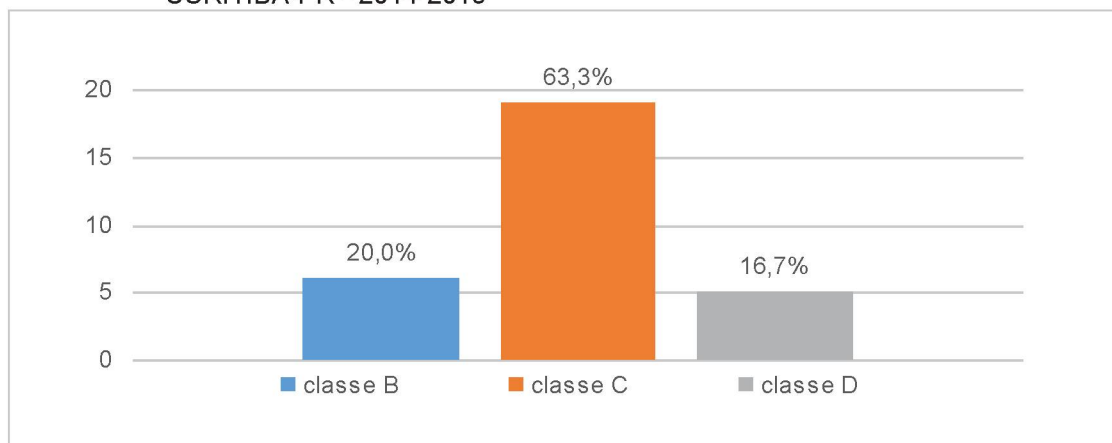


FONTE: O autor (2016).

Vinte e oito (93,3%) adolescentes tinham pelo menos 1 irmão e, destes, 18 (60,0%) relataram que um ou mais irmãos não eram do mesmo núcleo familiar.

O Gráfico 4 ilustra a distribuição da amostra no que se refere à classe social dos adolescentes. Observou-se predomínio das classes C (63,3% dos adolescentes), D (16,7% dos adolescentes); 6 adolescentes pertenciam à classe B (20%) e não houve famílias pertencente à classe A e E.

GRÁFICO 4 - CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS FAMÍLIAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

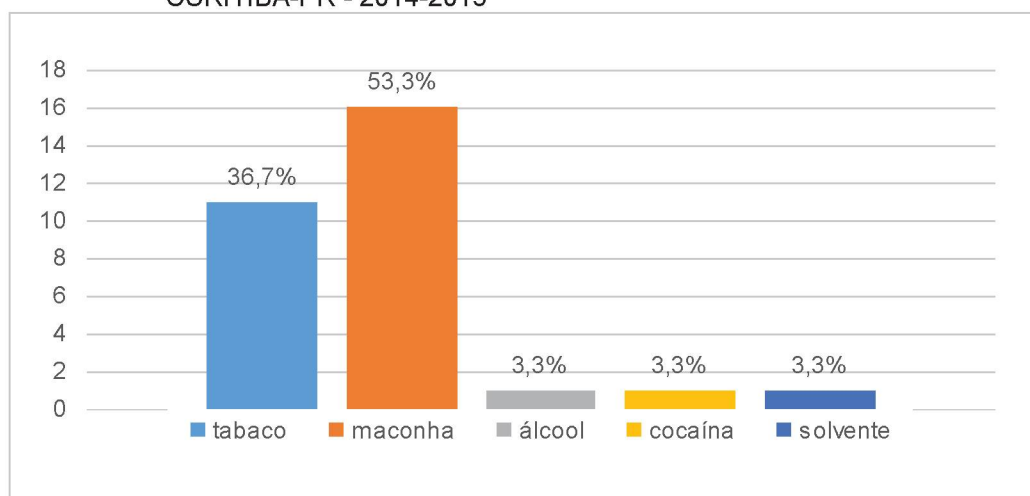


FONTE: O autor (2016).

#### 4.1.6 Características do uso de substâncias

A média de idade de início de uso de substâncias foi de 12,6 anos (IC 95% - 11,8-13,3). O Gráfico 5 mostra a frequência das substâncias de início de uso, 16 (53,3%) relataram uso inicial de maconha, 11 (36,7%) uso de tabaco e em relação ao uso de álcool, solvente e cocaína, apenas 1 (3,3%) relatou uso de cada uma destas substâncias.

GRÁFICO 5 - SUBSTÂNCIA DE INÍCIO DE USO RELATADA PELOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015



FONTE: O autor (2016).

Na Tabela 4 está apresentada a distribuição de frequência dos critérios diagnósticos para dependência e abuso de substâncias. Em relação à quantidade de drogas, 10 do grupo EM (66,7%) e 12 do grupo controle (80,0%) apresentavam critérios para uma substância e 3 (20,0%) de cada grupo para duas ou mais substâncias. Sobre abuso, dois (13,3%) do grupo EM e 9 (60,0%) do grupo controle fecharam critérios para abuso de uma substância e 4 (26,7%) do grupo EM e 1 (6,7%) do grupo controle apresentaram critérios para duas ou mais substâncias. Ressalta-se que a maior parte dos adolescentes faziam uso de mais de uma droga, apresentando em sua maioria a dependência em pelo menos em uma droga.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)		CONTROLE (n=15)		p
	n	%	n	%	
Dependência					
Preencheram critérios	13	86,7	15	100,0	0,48
Abuso					
Preencheram critérios	6	40,0	10	66,6	0,27

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste exato de Fisher.

Além dos critérios diagnósticos, foi possível avaliar os tipos de substâncias consumidas como (Tabela 5) sem diferença significativa na comparação entre os dois grupos. Também foi investigado outras substâncias utilizadas, mas que não preenchem critérios para uso abusivo ou dependente, como alucinógenos e estimulantes, além das outras já relatadas, sendo que 10 (66,7%) do grupo EM usavam duas ou mais e 7 (46,0%) do grupo controle apresentavam este perfil.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

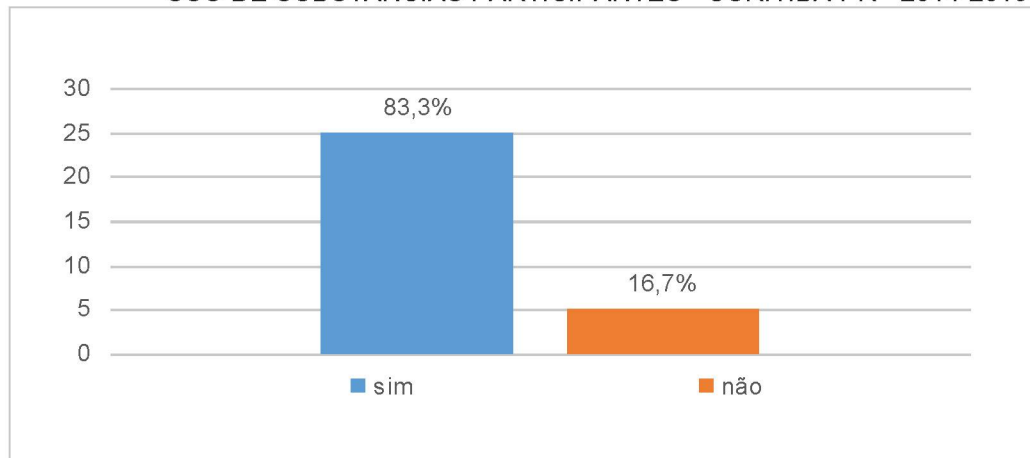
VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)		CONTROLE (n=15)		p
	n	%	n	%	
Dependência Química					
Maconha	7	46,67	8	53,33	0,85
Cocaína/crack	2	13,3	3	20	
Solvente	1	6,66	0	0	
Maconha e cocaína	2	13,3	3	20	
Álcool, maconha e cocaína	1	6,66	1	6,67	
Abuso					
Álcool	1	6,66	5	33,3	0,22
Maconha	1	6,66	1	6,66	
Cocaína/crack	0	0	2	13,3	
Álcool e maconha	1	6,66	1	6,66	
Maconha e cocaína	2	13,3	0	0	
Álcool e LSD	0	0	1	6,66	
Álcool, solvente e maconha	1	6,66	0	0	
Uso esporádico de outras substâncias	14	93,33	13	86,67	1,00
Sim					

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson.

Sobre o consumo de tabaco, 25 (83,3%) relataram fazer uso e 5 (16,7%) negaram. Nove adolescentes (30,0%) afirmaram fazer uso de até 10 cigarros e 26 (86,7%) relataram carga tabágica diária de 20 cigarros ou mais (Gráfico 6).

GRÁFICO 6 - USO DE TABACO PELOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015



FONTE: O autor (2016).

#### 4.2 AS COMORBIDADES PSQUIÁTRICAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES

Em relação aos diagnósticos psiquiátricos comórbidos, 24 (80,0%) dos adolescentes apresentaram um ou mais transtornos associados e 6 (20,0%) não fecharam critérios diagnósticos. Dez (33,3%) apresentaram uma patologia, 7 (23,3%) apresentaram duas, 6 (20,0%) foram diagnosticados com 3 e 1 (3,3%) adolescente com quatro, segundo informações do prontuário. A Tabela 6 ilustra a distribuição de frequência dos transtornos observados.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	ADOLESCENTES (n=30)	
	n	%
Comorbidades psiquiátricas		
Sim	24	80
Não	6	20
Uma Comorbidade Psiquiátrica		
TC	4	13,3
T. ansiedade	3	10,0
TDAH	2	6,7
T. psicótico induzido por substância	1	3,3
Duas Comorbidades Psiquiátricas		
TC + TDAH	2	6,7
TC + T. depressivo	1	3,3
TC + T. ansioso	1	3,3
TDAH + TOD	1	3,3
T. ansioso + T. esquizoafetivo	1	3,3
TDAH + TOD	1	3,3
Três Comorbidades Psiquiátricas		
TC + TDAH + T depressivo	4	13,3
TC + TDAH + T. ansioso	1	3,3
TC + TDAH + T agudo estresse	1	3,3
Quatro Comorbidades Psiquiátricas		
TC + TDAH + T. ansioso + T. depressivo	1	3,3

FONTE: o autor (2016)

#### 4.3 RESULTADOS DA ESCALA DE MOTIVAÇÃO URICA

A escala URICA foi aplicada a fim de mensurar o nível de prontidão dos adolescentes no início do tratamento e antes de saírem de alta e avaliar se houve modificação nesta motivação para mudarem os comportamentos em relação ao uso de substâncias. No cálculo da média de escore de prontidão para mudança, o grupo da EM apresentou média de 7,1 antes da intervenção e o grupo controle apresentou média de 7,9 sendo classificados no escore de pré-contemplação. Ao final do internamento, o grupo da EM apresentou média de 9,42 e o grupo controle apresentou média de 8,29, avançando ambos para o nível de prontidão de contemplação.

Também foram analisadas as subescalas de nível de prontidão separadamente, como mostra a Tabela 7.

TABELA 7 - MÉDIA DAS SUBESCALAS DO QUESTIONÁRIO URICA EM RELAÇÃO AOS GRUPOS EM E CONTROLE DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)	GRUPO CONTROLE (n=15)	p
Pré-contemplação			
Antes	19,2	18,3	0,01
Depois	14,5	18,1	
Contemplação			
Antes	21	21,9	0,1
Depois	23,5	22,3	
Ação			
Antes	24,1	25,1	0,01
Depois	26,4	25,5	
Manutenção			
Antes	17,5	19	0,22
Depois	19,4	19,1	

FONTE: o autor (2016).

NOTA: Anova.

#### 4.4 DESFECHO APÓS A ALTA

Foram comparados os desfechos entre cada grupo após um e após três meses da alta. Na Tabela 8 pode-se observar a comparação dos desfechos após 1 mês da alta e na Tabela 9 após 3 meses. Nos relatos de uso de drogas após 1 mês, não houve diferença significativa ( $p=1,00$ ). No grupo EM as substâncias relatadas de uso foram o álcool (1), maconha (1), cocaína (2) e solvente (1); no grupo controle 4 relataram uso de maconha e 1 relatou uso de maconha e cocaína.

Quanto à manutenção do tratamento, a maioria de cada grupo (6) continuou em CAPS, um adolescente do grupo EM e 3 do grupo controle precisaram de tratamento em comunidade terapêutica; por fim, do grupo EM dois precisaram de internamento por TUS e por transtorno mental e outro foi cumprir medida socioeducativa.

Os demais dados sobre infrações à lei, problemas de comportamento e ocupar-se com atividade laboral constam na Tabela 8 a seguir.

TABELA 8 - DESFECHOS APÓS UM MÊS DA ALTA DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)		CONTROLE (n=15)		p
	n	%	n	%	
Uso de substâncias após 1 mês					
Sim	5	33,3	6	40,0	1,00
Não	10	66,7	9	60,0	
Manutenção do tratamento					
Sim	10	66,7	9	60,0	1,00
Não	5	33,3	6	40,0	
Retorno à vida escolar <sup>(1)</sup>					
Sim	7	46,7	3	20,0	0,25
Não	5	33,3	9	60,0	0,21
Problemas de comportamento <sup>(1)</sup>					
Sim	3	20,0	9	60,0	0,15
Não	8	53,3	3	20,0	0,09
Ocupação laboral/atividades <sup>(1)</sup>					
Sim	1	6,7	3	20,0	
Não	10	66,7	9	60,0	0,55
Infrações à lei <sup>(1)</sup>					0,59
Sim	0	0	2	13,3	0,33
Não	11	73,3	10	66,7	0,47

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste exato de Fisher.

(1) Excluindo-se os que estavam em tratamento intensivo.

Os resultados após 3 meses estão relacionados na Tabela 9; sobre o uso de drogas no grupo EM as substâncias álcool, maconha e cocaína foram relatadas por 1 adolescente cada e 2 relataram uso de solvente. No grupo controle 7 relataram uso de maconha, 1 de álcool e maconha e 1 cocaína.

Em relação à continuidade do tratamento, todos os 7 do grupo controle continuaram em CAPS e 6 do grupo de intervenção. Também no grupo EM havia 1 em ambulatório, um em medida socioeducativa e 1 internamento por transtorno mental.

TABELA 9 - DESFECHOS APÓS TRÊS MESES DA ALTA DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)		CONTROLE (n=15)		p
	n	%	n	%	
Uso de substâncias após 3 meses <sup>(1)</sup>					
Sim	5	33,3	9	60,0	0,06
Não	10	66,7	5	33,3	
Manutenção do tratamento <sup>(1)</sup>					
Sim	9	60,0	7	46,7	0,36
Não	6	40,0	7	46,7	
Retorno à vida escolar <sup>(1,2)</sup>					
Sim	6	20,0	2	13,3	0,29
Não	8	53,3	11	66,7	0,20
Problemas de comportamento <sup>(1,2)</sup>					
Sim	5	33,3	5	33,3	0,86
Não	8	53,3	8	53,3	1,00
Ocupação laboral/atividades <sup>(1,2)</sup>					
Sim	4	26,7	1	6,7	0,28
Não	9	60,0	12	80,0	0,32
Infrações à lei <sup>(1,2)</sup>					
Sim	0	0	1	6,7	0,51
Não	13	86,7	12	80,0	1,00

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste exato de Fisher.

(1) Excluindo-se um adolescente falecido do grupo controle.

(2) Excluindo-se o que estavam em tratamento intensivo dos dois grupos.

Além disso, os desfechos também foram comparados em relação à evolução de cada grupo ao longo do tempo, através do teste de McNemar. Sobre o uso de drogas após a alta, no grupo EM não houve diferença ( $p=0,61$ ) entre um mês e três meses, ou seja, dos 10 pacientes que negaram uso de drogas após 1 mês, 8 (80%) deles mantiveram a abstinência em três meses (Tabela 10). Vale ressaltar que, os dois (20%) pacientes abstinentes que recaíram após 3 meses estavam sem tratamento desde a alta; já dos 5 que recaíram logo após a alta, 2 (40%) aceitaram internamento ainda no primeiro mês (Tabela 10). No grupo controle, dos 8 pacientes que não usaram drogas no primeiro mês, apenas 3 (37,5%) se mantiveram abstinentes após 3 meses, enquanto 5 (62,5%) recaíram no uso; já dos 6 que recaíram no primeiro mês, 5 (83,3%) mantiveram o uso no terceiro, com  $p=0,22$  (Tabela 11).

TABELA 10 - COMPARAÇÃO DO USO DE DROGAS APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO EM COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

		USO DE DROGAS APÓS 3 MESES?			p
		Não	Sim	Total	
Uso de drogas após 1 mês?	Não	8	2	10	0,61
	Sim	2	3	5	
	Total	10	5	15	

FONTE: o autor (2016)

NOTA: Teste de McNemar.

TABELA 11 - COMPARAÇÃO DO USO DE DROGAS APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO CONTROLE COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

		USO DE DROGAS APÓS 3 MESES? <sup>(1)</sup>			p
		Não	Sim	Total	
Uso de drogas após 1 mês? <sup>(1)</sup>	Não	3	5	8	0,22
	Sim	1	5	6	
	Total	4	10	14	

FONTE: o autor (2016).

NOTA: Teste de McNemar.

(1) Excluindo-se um adolescente falecido.

Na comparação sobre manutenção do tratamento, no grupo EM, dos 10 adolescentes que mantiveram algum tratamento, 9 (90%) continuaram após três meses e dos 5 que não tiveram acesso, todos continuaram sem tratar após 3 meses, com  $p=1,00$  (Tabela 12). Já no grupo controle dos 8 que continuaram tratando no primeiro mês, 5 (62,5%) continuaram após 3 meses; dos 6 que não trataram no primeiro mês, apenas dois (33,3%) conseguiram acompanhamento após 3 meses com  $p=1,00$  (Tabela 13).

TABELA 12 - COMPARAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO EM COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

		TRATAMENTO APÓS 3 MESES?			p
		Não	Sim	Total	
Tratamento após 1 mês?	Não	5	0	5	1,00
	Sim	1	9	10	
	Total	6	9	15	

FONTE: o autor (2016).

NOTA: Teste de McNemar.

TABELA 13 - COMPARAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO CONTROLE COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

		TRATAMENTO APÓS 3 MESES? <sup>(1)</sup>			p
		Não	Sim	Total	
Tratamento após 1 mês? <sup>(1)</sup>	Não	3	5	8	1,00
	Sim	4	2	9	
	Total	7	7	14	

FONTE: o autor (2016).

NOTA: Teste de McNemar.

(1) Excluindo-se um adolescente falecido.

Sobre a situação escolar, no grupo EM, excluindo-se os 3 adolescentes de cada grupo que estavam em tratamento intensivo no primeiro mês e por não terem acesso à escola, dos 7 que retornaram à escola no primeiro mês, 5 (71,4%) continuaram após 3 meses e dos 5 que não voltaram a estudar, todos continuaram evadidos, com  $p=0,47$  (Tabela 14). Já no grupo controle, os 9 que estavam evadidos continuaram sem estudar após 3 meses (100%), e dos 3 que estavam estudando, 2 (66,7%) continuaram com  $p=1,00$  (Tabela 15).

TABELA 14 - COMPARAÇÃO DA SITUAÇÃO ESCOLAR APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO EM COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

		ESTUDANDO APÓS 3 MESES? <sup>(1)</sup>			p
		Não	Sim	Total	
Estudando após 1 mês? <sup>(1)</sup>	Não	5	0	5	0,47
	Sim	2	5	7	
	Total	7	5	12	

FONTE: o autor (2016).

NOTA: Teste de McNemar.

(1) Excluindo-se os que estavam em tratamento intensivo.

TABELA 15 - COMPARAÇÃO DA SITUAÇÃO ESCOLAR APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO CONTROLE COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

		ESTUDANDO APÓS 3 MESES? <sup>(1,2)</sup>			p
		Não	Sim	Total	
Estudando após 1 mês? <sup>(1,2)</sup>	Não	9	0	9	1,00
	Sim	1	2	3	
	Total	10	2	12	

FONTE: o autor (2016).

NOTA: Teste de McNemar.

(1) Excluindo-se um adolescente falecido.

(2) Excluindo-se os que estavam em tratamento intensivo

Finalmente, sobre os problemas de comportamento observados após a alta, excluindo-se os que estavam em acompanhamento intensivo, dos 8 no grupo EM que não apresentaram problemas após 1 mês, apenas 2 (25%) apresentaram após três meses, com  $p=1,00$  (Tabela 16); já dos 3 que foram relatados com alterações, 2 (66,7%) continuaram após 3 meses. No grupo controle, dos 8 que apresentaram problemas no primeiro mês, 4 (50%) continuaram após e dos 4 que não tiveram problemas, 1 (25%) apresentou comportamentos disruptivos após com  $p=1,00$  (Tabela 17).

TABELA 16 - COMPARAÇÃO DOS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO EM COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

		PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO APÓS 3 MESES? <sup>(1)</sup>			p
		Não	Sim	Total	
Problemas de comportamento após 1 mês? <sup>(1)</sup>	Não	6	2	8	1,00
	Sim	1	2	3	
	Total	7	4	11	

FONTE: o autor (2016).

NOTA: Teste de McNemar.

(1) Excluindo-se os que estavam em tratamento intensivo.

TABELA 17 - COMPARAÇÃO DOS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO APÓS UM E TRÊS MESES DOS ADOLESCENTES DO GRUPO CONTROLE COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

		PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO APÓS 3 MESES? <sup>(1,2)</sup>			p
		Não	Sim	Total	
Problemas de comportamento após 1 mês? <sup>(1,2)</sup>	Não	1	3	4	1,00
	Sim	4	4	8	
	Total	5	7	12	

FONTE: o autor (2016).

NOTA: Teste de McNemar.

(1) Excluindo-se um adolescente falecido.

(2) Excluindo-se os que estavam em tratamento intensivo

## 5 DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo avaliar a eficácia da entrevista motivacional, realizada em 5 sessões, em pacientes internados para tratamento de TUS e se esta intervenção poderia aumentar a motivação dos adolescentes frente à mudança no uso de substâncias e nas consequências quanto ao retorno à escola e as alterações de comportamento. Também foram analisadas as características em relação ao TUS, frequência escolar, composição familiar e a situação socioeconômica.

A amostra do presente estudo foi composta por adolescentes em tratamento intensivo por TUS em enfermaria de hospital psiquiátrico localizado na região metropolitana de Curitiba, município de Piraquara, os quais apresentaram média de idade de 15,8 anos (IC 95%=DP 15,0 – 16,6) para o grupo EM e 16,5 (IC 95%=DP 15,7 – 17,4) para o grupo controle e pertenciam às classes socioeconômicas de B, C e D. A maioria dos adolescentes (73,3%) apresentou história familiar positiva para problemas com substâncias e residiam em família monoparental (63,3%). Apenas 4 adolescentes estavam frequentando a escola no momento do internamento e 21 afirmaram já terem cometido algum delito. Treze adolescentes do grupo EM e 15 do grupo controle preencheram critérios para dependência e 6 do grupo EM e 10 do grupo controle preencheram critérios para abuso de substâncias. Vinte e quatro jovens apresentaram uma ou mais comorbidades psiquiátricas, sendo a mais frequente o TDAH, presente em 13 indivíduos. Os dois grupos iniciaram o tratamento no estágio de pré-contemplação, segundo a escala URICA e ao final avançaram para o estágio de contemplação, havendo diferenças nas subsescalas de pré-contemplação e ação ( $p < 0,01$ ). No desfecho após a alta, quando os dois grupos foram comparados após 3 meses, houve tendência à significação no quesito uso de substâncias, com  $p = 0,06$ .

Os resultados mostraram que os adolescentes começaram a usar substâncias no início da adolescência ou ainda na pré-adolescência, com média de 12,6 anos, variando entre 8 e 16 anos (IC 95% + 11,8 – 13,3), ou seja, início precoce e alguns muito precoces; King e Chassin (2007) concluíram que uso precoce de drogas previu significativamente um risco aumentado para TUS, bem como evidenciaram que o uso precoce de álcool foi um marcador de risco para TUS; Chen, Storr e Anthony (2009) constataram que o risco de indivíduos apresentarem sintomas compatíveis com dependência química era grande quando o uso começava antes dos 18 anos quando comparado com indivíduos que iniciaram o uso na idade adulta, com exceção dos

usuários de substâncias alucinógenas. As drogas mais relatadas pelos adolescentes como de primeiro uso neste estudo foram o tabaco (36,7%) e a maconha (53,3%). Chita, Negreiro e Barreira (2014) avaliaram comportamentos de risco, incluindo o uso de drogas, entre adolescentes portugueses, e verificaram que a idade média de início de consumo de tabaco e álcool foi de 13 anos. Segundo relatório do CEBRID apresentado por Carlini *et al.* (2010) o início do consumo de tabaco e álcool ficou em 13 anos e as demais substâncias, em média, aos 14 e 15 anos. Contudo, a maconha é a droga de iniciação eleita entre as ilícitas, com início entre 12 e 16 anos de idade, muito embora possam iniciar com drogas mais potentes. (VAN DER MEER SANCHEZ; NAPPO, 2002). Neste estudo, o paciente com uso mais precoce relatou início aos 8 anos, e a média de idade de início de 12,6 anos, mostrando um número menor em anos que outras pesquisas, provavelmente por tratar-se de uma população de estudo de maior gravidade, onde já na adolescência apresentam dependência de substâncias, possivelmente pelo início precoce. A maioria relatou como droga inicial a maconha (53,3%), seguida de tabaco (36,7%) e apenas um paciente relatou o início com álcool (6,7%), cocaína (6,7%) ou solvente (6,7%) como porta de entrada.

Anthony e Petronis (1995) avaliaram 1525 indivíduos usuários de substâncias ilícitas e observaram que, após 5 a 7 anos do primeiro uso, o risco estimado de desenvolver problemas com drogas foi maior para aqueles jovens que começaram o uso na pré adolescência ou nos primeiros anos da adolescência. Neste estudo, a média de idade para o diagnóstico de TUS ao internar foi de aproximadamente 16 anos, uma diferença, em média, de 4 anos entre o início do uso e o TUS, tempo abaixo e preocupante, em relação à rápida evolução para quadro mais grave. Pode-se levantar algumas hipóteses para este desfecho, como o acesso mais limitado e os recursos financeiros mais escassos para compra de drogas na pré adolescência e primeiros anos adolescência. Esta situação pode avançar ao longo dos anos, com possibilidade de contato maior com quantidade e diversidade de substâncias, com redução de fatores protetivos, principalmente ligados à continência familiar e escolar e maior exposição a pares usuários. Uma outra possibilidade para o uso precoce de substâncias desencadear um TUS no final da adolescência seria o impacto das drogas nas vias neurais, com sensibilização das vias dopaminérgicas, reforçando os comportamentos de uso e propiciando o aparecimento do transtorno em si. (DE BELLIS *et al.*, 2000; BROWN *et al.*, 2000). Corroborando esta hipótese, estudos com animais mostram que a exposição do cérebro nesta faixa etária cria efeitos diferentes nos sistema nervoso

central do que ocorre nos adultos que se expõem às substâncias Spear (2002) e que o uso precoce possa levar a mudanças neurobiológicas maiores no circuito de recompensa e seus mecanismos de regulação, e assim, aumentar o risco de progressão de uso para TUS.

Fatores genéticos já são estudados há muito tempo como fator de risco no uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas pelos adolescentes. Neste estudo 53,3% adolescentes referiram um ou mais parentes de primeiros grau que fazem uso de drogas lícitas ou ilícitas de um total de 73,3% com histórico familiar positivo, reforçando a questão da genética como fator de risco, como visto por Rozin e Zagonel (2012), que fizeram revisão de 30 artigos sobre fatores de risco para uso de álcool e concluíram que a herança genética é um deles. Também ocorre risco quatro vezes maior de desenvolvimento de alcoolismo em crianças filhos de alcoolistas, mesmo quando são criadas por pais não etilistas. (GOLDMAN; BERGEN, 1998). Em uma meta-análise com estudos com gêmeos usuários de maconha e com uso problemático da mesma substância, Verweij *et al.* (2010) constataram que a influência genética tem papel importante no TUS, principalmente naqueles que fazem uso pesado. Esta revisão sistemática encontrou concordância de 50% no uso experimental e uso frequente em adolescentes. Agrawal e Lynskey (2008) também demonstraram evidência que sugerem que dependência de álcool, nicotina, maconha e outras drogas ilícitas são influenciadas por fatores de herdabilidade, através da interação de múltiplos genes e o ambiente.

Nenhum adolescente pertencia à classe A e a maioria pertencia à classe C (63,3%), seguida da classe B (20%). Tavares, Béria e Lima (2001), em estudo com 2410 estudantes de Pelotas-RS, não encontraram diferenças significativas de uso na vida de álcool e tabaco em relação à classe econômica, porém quanto a drogas ilícitas, o uso na vida foi maior nas classes mais favorecidas economicamente, assim como Muza *et al.* (1997), também em estudo populacional. Ressalta-se que esse estudo ocorreu em uma unidade de internamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por esta razão não encontrou-se adolescentes de classe social A, que provavelmente estão em tratamento em clínicas privadas.

As características familiares de adolescentes com TUS vem sendo objeto de estudos nas últimas décadas, devido ao seu papel inerente na formação psíquica e social do jovem. A estrutura familiar também foi objeto de avaliação sendo que a maioria (63,3%) residiam com famílias monoparentais, 23,3% residiam com os pais e

13,3% com outros parentes. Em relação à situação conjugal do pais, 36,7% eram pais divorciados, 13,3% filhos de mãe solteira, 26,7% relataram um ou os dois pais falecidos e 23,3% relataram pais casados ou amaziados. Tavares, Beria e Lima (2004) relataram em seu estudo de fatores relacionados ao uso de drogas em adolescentes escolares, que os adolescentes que viviam com família monoparental apresentavam uso de drogas superior a 50% em comparação aos que viviam com os pais, porém os que relataram pais falecidos ou que nunca viveram juntos não apresentaram diferenças significativas em relação ao consumo de drogas, se comparado com as famílias com pais casados. Baus, Kupek e Pires (2002) também encontraram estes resultados em relação a pais separados e consumo de drogas entre jovens. Ewing *et al.* (2015) constataram que pertencer a um núcleo familiar intacto constitui fator de proteção para uso de álcool futuro, em amostra de adolescentes que fizeram uso de álcool ou outras drogas pela primeira vez.

Em relação à escolaridade, a maioria ainda estava cursando o ensino fundamental, mais da metade (56,7%) estava cursando até o 7.º ano, com histórico de reprovações ou de evasão escolar no momento do internamento, apesar da média de idade acima dos 15 anos. Mais da metade (56,7%) dos adolescentes abandonaram a escola após o início do uso de substâncias, 30% dos adolescentes abandonaram antes de iniciar o uso, totalizando 86,7% de jovens sem estudar no momento do internamento e apenas 13,3% ainda cursavam a escola ao iniciar o tratamento, sugerindo que o abandono escolar teve com um fator de risco importante o uso de substâncias. O baixo nível de escolarização e a dificuldade em retornar à escola foram predominantes neste estudo, já que após 3 meses 40% do grupo EM e 13,3% do grupo controle afirmaram terem retornado à atividade escolar. Podem ser apontados como fatores de vulnerabilidade em perpetuar este ciclo de uso de substâncias o abandono escolar, e atividades sociais ou laborais como fatores protetivos. Estes dados também concordam com o fato do uso de substâncias causar grande impacto na vida acadêmica do adolescente, tanto no abandono como em prejuízo no rendimento, já que usar drogas afeta as funções neurocognitivas com consequências na aprendizagem e retenção de novos conhecimentos verbais e não verbais, no controle de impulsos e cumprimento de objetivos e metas. (BROWN *et al.*, 2000).

Além do exposto acima, o TUS nesta faixa etária pode contribuir para o fracasso escolar (SCHENKER; MINAYO, 2005) inteferindo na frequência, hábitos de estudo e realizações de tarefas escolares. (HALLER *et al.*, 2010). O tempo médio de evasão

escolar foi de 2,6 anos (IC 95% - 15,6 a 16,4) e observou-se que, pela maioria não estar cursando a escola ao internar, possivelmente este fator contribui para a manutenção do TUS e comportamentos disruptivos associados, já que 70% dos adolescentes relataram infrações à lei na admissão. Gallo e Williams (2008); Silva *et al.* (2015) corroboram esta associação entre evasão escolar e risco de TUS e comportamentos de risco associados, sugerindo que estar estudando é fator de proteção quanto ao uso de substâncias e suas consequências. Tavares *et al.* (2012) também observaram que quanto mais precoce o uso de drogas, maiores as chances de problemas com a lei. De acordo com a amostra deste estudo, dos 7 adolescentes do grupo EM que retornaram à escola no primeiro mês, 5 continuaram após 3 meses e dos 5 que não voltaram a estudar, todos continuaram evadidos. Já no grupo controle, os 9 que estavam evadidos continuaram sem estudar após 3 meses, e dos 3 que estavam estudando, 2 continuaram. Apesar da amostra pequena, ressalta-se que os adolescentes que participaram da EM aderiram mais à escola após o internamento e mantiveram sua frequência após a alta, mostrando que esta técnica pode ser um fator motivador para o adolescente que apresenta TUS.

Em relação ao tipo de drogas consumidas, a maconha foi a mais citada, sendo utilizada por 100% da amostra, seja por TUS (dependência e abuso) ou uso esporádico. O álcool ficou em segundo lugar, perfazendo 76,7% do grupo total e em terceiro lugar uso de crack e/ou cocaína, com 70%. Também é notável a associação do tabaco com o uso de maconha, da amostra total, que afirmou uso de maconha em algum momento, 27 deles faziam consumo de tabaco associado, assim como observado também por Ramo, Liu e Prochaska (2012).

No grupo da EM, 80% dos pacientes que não apresentaram recaída no primeiro mês mantiveram a abstinência após três meses, comparado a 37,5% do grupo controle, sugerindo maior prontidão para mudar após a alta e manutenção destas mudanças no seguimento no grupo EM. Este achado acompanha também a aceitação de manutenção de algum tipo de tratamento após a alta, pois 90% dos adolescentes do grupo EM que continuaram acompanhamento após 1 mês mantiveram-no após 3 meses, comparado a 62,5% do grupo controle.

D'Amico *et al.* (2008) aplicaram a EM com 42 adolescentes de risco recrutados na atenção primária e após 3 meses estes reportaram menor consumo de maconha, menor número de amigos que consumiam maconha e nos 6 meses seguintes menor intenção de usar maconha, comparado com o grupo que recebeu atendimento usual.

Kaminer, Burlison e Goldberger (2002) compararam TCC e psicoeducação na tentativa de reduzir o consumo de drogas por adolescentes e, após 3 meses, as taxas de recaída foram menores no grupo de terapia. Porém, na reavaliação após 9 meses, os índices de recaída foram iguais nos dois grupos. Estudo de Oliveira *et al.* (2008) apontou para a redução no consumo entre os jovens que participaram de programas de tratamento baseados na EM.

Andretta *et al.* (2014) realizaram revisão sistemática da aplicação da EM no Brasil e verificaram que alguns dos estudos encontrados apontam para aumento da motivação no processo da mudança, mas afirmaram que ainda se fazem necessários mais estudos para a verificação da efetividade da técnica, haja vista a heterogeneidade no método da aplicação e quais componentes são responsáveis pelos resultados finais obtidos.

Nos dois grupos a principal comorbidade associada foi o TC, diagnosticado em 50% dos adolescentes, TDAH (43,3%) em segundo lugar, seguido de transtorno depressivo e transtorno ansioso, com 23,3% dos adolescentes com cada um destes diagnósticos, associados ou não a outras comorbidades; Armstrong e Costello (2002) relatou em revisão que 60% dos adolescentes com TUS tinham alguma comorbidade, as mais comuns sendo TDAH e TOD, seguido por depressão. French *et al.* (2008) registrou prevalência de TDAH de 36,7% em usuários de substâncias e 10% no grupo que não usava. Jane-Llopis e Matytsina (2006) descreveram a associação com TC e discutiram sobre a necessidade de se tratarem estas comorbidades com outros TM fim de prevenir o uso problemático de substâncias. Shane, Jasiukaitis e Green (2003) realizaram estudo para avaliar resultados de tratamento em adolescentes com TUS e comorbidades, os quais apresentaram menor abstinência dos que não apresentavam comorbidades, concluindo que podem haver limitações na avaliação e seguimento dos pacientes com comorbidades, principalmente se apresentarem comorbidade com TDAH, TOD ou TC. Neste estudo, dos 6 que necessitaram de algum tipo de tratamento intensivo após 1 mês, apenas 1 não apresentava comorbidades psiquiátrica associada. Nove dos 15 adolescentes que apresentaram início precoce de uso de substâncias, ou seja abaixo dos 13 anos, apresentaram comorbidade com TC. Os mesmos autores também confirmaram em seu estudo com 419 adolescentes com TUS e comorbidades que a adesão e a efetividade do tratamento para aquele transtorno podem estar comprometidas devido aos outros transtornos associados, principalmente se o paciente apresentar combinação de comorbidades internalizantes e externalizantes. Wilens *et al.*

(2011) estudaram 497 pacientes com TDAH em *follow-up* de 10 anos e estimaram um risco relativo de 1,47 de uso de drogas na adolescência e ainda, aqueles que apresentavam comorbidades como TOD ou TDAH apresentaram risco relativo de 2,74 e 2,21 respectivamente. Já Fergusson, Horwood e Ridder (2007), em estudo longitudinal de 25 anos com 1265 crianças, encontraram problemas de conduta com risco aumentado para uso de substâncias, abuso e dependência em longo prazo, e que problemas de atenção precoce estariam associados a risco de uso de substância se mediado pela associação com problemas de conduta. No estudo de Storr, Accornero e Crum (2007) observou-se que a associação com relação ao comportamento delinquente pode ser mais forte para o uso de maconha que para uso de álcool ou tabaco.

Em relação aos critérios diagnósticos, 86,7% do grupo EM e 100% do grupo controle apresentaram critérios para dependência química. Porém, a maioria apresentou dependência química de uma substância apenas, sendo 10 (66,7%) do grupo de intervenção e 12 (80,0%) do grupo controle, enquanto três (20,0%) de cada grupo apresentaram dependência de duas ou mais substâncias; a droga mais consumida foi a maconha tanto no critério para DQ como relato no uso geral (abuso ou uso que não preencheu critérios). Este resultado vem ao encontro do aumento progressivo no uso de maconha no Brasil e no mundo, bem como estudos confirmando a dependência da maconha. Coffey *et al.* (2003) avaliaram os fatores precursores da dependência de *cannabis* em 1601 jovens e verificaram que 33,6% dos que usavam a substância há menos de 1 ano aumentaram o consumo após este período, e 61,8% os usuários crônicos, com tempo de uso maior ou igual a três anos, preenchiam critérios para dependência. Van den Bree e Pickworth (2005) avaliaram 13.718 indivíduos entre 11 e 21 anos que relataram algum tipo de uso de maconha e observaram que 55% mantiveram o uso após 1 ano. Fergusson e Horwood (2000) em estudo longitudinal com 1265 crianças também observaram que, aos 21 anos, 9% delas preenchiam critérios para dependência de maconha. Ainda sobre a questão da dependência de maconha, Behrendt *et al.* (2009) examinaram o risco e a velocidade entre iniciar o consumo de drogas e transição para TUS com 3021 jovens e mostraram que, a transição entre o primeiro uso de maconha para TUS da mesma substância ocorreu mais rápido, se comparado com álcool e tabaco. Chen, O'Brien e Anthony (2005) observaram que uso precoce de maconha estava associado com risco elevado de dependência em 24 meses após o primeiro uso; neste estudo, os 16 adolescentes que

relataram maconha como primeira substância de uso apresentaram tempo médio até o internamento de 3,1 anos.

Há autores que discutem sobre os critérios diagnósticos, como os propostos pelo DSM IV (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003) não se encaixarem no perfil dos adolescentes, como Fulkerson, Harrison e Beebe (1999) que sugerem que abuso e dependência poderiam formar um construto único para esta população e autores sugerem que o diagnóstico desta população depende mais da sensibilidade clínica do que critérios rigorosos (BESSA; BOARATTI; SCIVOLETTO, 2011), o que pode ter ocorrido nesta população, que encontra-se em uma unidade de internamento para tratamento do uso de substâncias, por apresentarem prejuízos significativos. A maioria apresentou dependência de maconha e abuso de álcool, mas relatou uso inespecífico de cocaína, por exemplo.

Em relação ao DSM IV (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2003), os conceitos de abuso e dependência muitas vezes têm características que se sobrepõem, constando nas duas categorias o uso relacionado a consequências negativas, e que estatisticamente, apresentam uma dimensão única sobre os problemas com drogas. (CHUNG *et al.*, 2002). Categorias como sintomas de abstinência, tolerância e uso de outras substâncias para aliviar os efeitos da abstinência nem sempre são encontradas nesta faixa etária, como ocorre com adultos. O conceito de tolerância que é um fenômeno complexo e nem sempre fácil de ser mensurado, já pode variar em relação à quantidade necessária para efeitos de intoxicação de indivíduo para indivíduo. O quesito perda do controle do uso também pode ser questionado em relação aos adolescentes, já que muitos iniciam o uso de forma descontrolada ou em *binge*, no caso do álcool. Já os sintomas físicos de abstinência também podem não estar presentes nos jovens, podendo levar anos para surgirem. Além disso, este último critério varia de acordo com a substância utilizada, sendo necessário enumerar uma lista extensa de possíveis sintomas e sinais específicos de cada substância.

Em se tratando dos resultados acerca dos estágios de motivação, os dois grupos apresentaram mudança no nível de prontidão na alta, pois ambos receberam a modalidade de tratamento oferecida pelo hospital. O grupo da EM apresentou redução significativa no escore da pré-contemplação ao final do internamento e dos 9 que apresentaram pontuação de 15 ou menos, 6 não usaram substâncias até o primeiro mês, e 5 mantiveram alguma modalidade de tratamento neste intervalo de tempo. Após 3 meses, 3 dos 9 relataram uso de alguma droga, porém houve redução no

número dos que mantiveram tratamento, de 5 para 3. No grupo controle apenas 2 apresentaram escore de 15 pontos ou menos na escala de pré-contemplação ao final do tratamento.

Comparando-se os escores na escala de ação, também houve diferença estatística significativa entre os dois grupos, com 11 adolescentes do grupo EM com pontuação 25 ou mais, enquanto do grupo controle 7 pontuaram neste intervalo. As escalas de contemplação e manutenção não apresentaram significância estatística. Quanto aos desfechos após a alta, houve tendência à significância ( $p=0,06$ ) na comparação sobre o uso de substâncias após três meses da alta. Com estes dados, pode-se levantar a hipótese de que a EM foi efetiva na redução da resistência em mudar os comportamentos disfuncionais em relação à droga, já que ao reduzir a pré-contemplação e aumentar os escores de ação, o indivíduo passa do estágio de não acreditar que tenha um problema para o estágio em que planeja e executa formas de reduzir este uso, mudança sugerida pelo resultado no quesito uso de substâncias após três meses da alta. Erol e Erdogan (2008) utilizaram a EM em 60 adolescentes tabagistas, e constataram que houve redução no escore de contemplação e aumento nos escores de ação e manutenção, com interrupção do uso de tabaco em 18,3% dos casos após 3 meses e 33,3% após 6 meses.

Martin e Copeland (2008) estudaram a mudança de comportamento de 40 adolescentes usuários de maconha e após três meses da intervenção constataram redução na quantidade consumida diariamente. McCambridge e Strang (2004) avaliaram 200 jovens usuários de substâncias e constataram redução no consumo de maconha na amostra que recebeu a intervenção após 3 meses. Zambom *et al.* (2011) aplicaram a EM em amostra de 30 adolescentes usuários de maconha de Porto Alegre e com reavaliação após 3 anos, concluindo que houve diferença significativa entre os escores de contemplação, ação e manutenção. Andretta e Oliveira (2005) também encontraram redução nos escores de pré-contemplação em sua amostra.

Callaghan *et al.* (2005) utilizaram a escala URICA em 130 adolescentes internados para tratamento de TUS e identificaram que aqueles que estavam em pré-contemplação ao iniciar a intervenção apresentavam maiores chances de desistência. Porém, estes mesmos autores questionaram a sensibilidade desta escala para a aplicação em adolescentes. Já Greenstein; Franklin; McGuffin (1999) utilizaram a escala em 89 adolescentes e concluiu que cada subescala tem consistência interna

adequada para ser utilizada com esta população, facilitando estudos de investigação sobre a motivação para mudar.

Sobre o custo benefício desta intervenção, por ser de fácil aplicação e pode ser aplicada por qualquer profissional que trabalhe com este público-alvo, mostra-se de baixo custo; French *et al.* (2008) realizaram um ensaio clínico randomizado com 114 adolescentes usuários de substâncias, aplicando 4 modalidades de intervenção: sistêmica familiar, terapia sistêmica individual, EM individual com técnicas de TCC e EM em grupo com TCC. No *follow-up*, após 4 meses das abordagens, os autores concluíram que a EM em grupo apresentava melhor custo-benefício.

Por fim, as principais limitações do estudo foram a exclusiva confiança no autorrelato do adolescente e dos familiares para mensurar os efeitos da intervenção, principalmente após a alta, momento no qual a coleta de informações se deu exclusivamente por telefone, podendo gerar vieses. Exames complementares, como toxicológico de urina não foram realizados devido aos custos. A intervenção foi feita por apenas uma pesquisadora, e isto também pode trazer alguns vieses como separar o efeito da intervenção do efeito da relação terapeuta-paciente. Além disso, o efeito só foi avaliado até 3 meses após a alta, caracterizando-se como avaliação de efeito a curto prazo.

O número pequeno da amostra de pacientes recrutados se deu devido à troca de locais de coleta devido pela baixa adesão em locais de tratamento não intensivo, o que reduziu o tempo de coleta dentro do hospital. Ademais, havia muito mais pacientes em reinternação do que pacientes em primeiro internamento. Ressalta-se que esse estudo foi realizado em adolescentes com TUS, que já apresentavam dependência, comorbidades psiquiátricas, situações econômicas desfavoráveis (situação socio-econômica mais baixa, famílias monoparentais, em evasão escolar), mesmo assim a EM motivacional mostrou-se como uma técnica promissora, pois os adolescentes do grupo EM aderiram à escola e ficaram abstinentes após 3 meses em maior porcentagem, comparado ao grupo controle. O hospital é um dos poucos da região com ala hospitalar específica para adolescentes, porém apenas do sexo masculino, aspecto este que limitou nosso estudo também, não sendo possível amostra que abrangesse o sexo feminino.

Assim, se torna necessário problematizar a questão do uso de drogas de forma precoce a fim de planejar estratégias e capacitação de profissionais de saúde, no que tange à prevenção e à avaliação da efetividade do tratamento, com auxílio de

escala de mensuração da motivação. Estudos sobre adolescente com TUS e sobre a aplicação da EM um número maior de sessões e por um tempo maior, podem ser alternativas para as políticas públicas aplicadas a esta população, já que a EM é uma técnica de fácil aplicação, breve e de baixo custo, e por isso seu treinamento pode ser difundido para profissionais das diversas áreas envolvidas.

Este estudo teve a intenção de mostrar a necessidade de pesquisas de longo prazo nesta população, a fim de se avaliarem de forma mais fidedigna a efetividade deste recurso terapêutico dentro de programas de tratamento voltados aos TUS.

## 6 CONCLUSÕES

- 1) Observou-se mudanças importantes nos estágios motivacionais de pré-contemplação e ação após a intervenção em comparação ao controle, porém, na média dos escores, os dois grupos mudaram igualmente de nível de prontidão, da pré-contemplação para contemplação.
- 2) O início do uso de substâncias por adolescentes com TUS desta amostra foi precoce, com média de idade de 12. A idade média dos adolescentes foi de 16,2 anos, pertencentes a classes C (63,3%), B (20%) e D (16,7%), 53,3% eram brancos, 40% eram pardos e 6,7% negros. Apenas 23,3% dos participantes referiram pais casados ou amasiados e de fato residiam com estes, os demais 76,67% apresentavam constituição familiar monoparental ou residiam com outros parentes (13,3%). A maior parte dos adolescentes estavam evadidos da escola no momento do estudo com média de tempo afastados da escola de 2,63 anos e apresentavam importante histórico de conflitos com a lei já que 21 adolescentes apresentaram relato positivo para tal. A história familiar confirma a influência genética já descrita na literatura como fator de risco para TUS, pois 73,3% dos jovens tinham parentes com problemas com drogas e 53,3% sendo um ou mais parentes de primeiro grau. Apenas 23,3% dos participantes referiram pais casados ou amasiados e de fato residiam com estes, os demais 76,67% apresentavam constituição familiar monoparental ou residiam com outros parentes.
- 3) As drogas mais consumidas de forma geral neste estudo foram o a maconha (100%), o tabaco (83,3%), o álcool (76,7%) e a cocaína/crack (70,0%). Também se confirmou a alta taxa de associação de TUS com outras comorbidades psiquiátricas, sendo 80% dos participantes com um ou mais transtornos mentais.
- 4) Observou-se porcentagem maior entre os adolescentes do grupo EM em relação à manutenção do tratamento, abstinência e frequência escolar após 1 e 3 meses da alta, comparado com o grupo controle.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o início precoce do uso de substâncias encontrado, é necessário que haja uma atenção especial à pré-adolescentes e adolescentes que façam uso de substâncias. Deve ser considerado planejamento para programas de prevenção, e a aplicação destes deve abranger crianças que apresentem diagnóstico de TDAH, TOD e TC, das classes sociais C, D e E, que apresentem repetências e evasão escolar, somados a viverem em famílias monoparentais.

Devido às altas taxas de fracasso escolar, como evasão, repetências e baixo grau de escolaridade associados ao TUS, a escola é um lugar propício para a instalação de programas de prevenção e detecção precoce de casos de risco ou com TUS já instalado.

Pelas características da EM, sendo uma técnica de fácil aplicação, breve e de baixo custo, a facilitação de acesso ao seu conteúdo entre profissionais das diversas áreas que trabalham com esta população poderia auxiliar na melhor adesão e diminuição de recaída dos adolescentes com TUS.

Além de se considerarem as peculiaridades do TUS nesta faixa etária, é necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados para o tratamento de adolescentes com patologia dual, isto é, transtorno mental e TUS, haja vista a alta frequência de casos nesta situação, que, se não tratadas adequadamente, contribuem para recaídas mais rápidas e pior adesão. Considerando que o TUS apresenta etiologia multifatorial, continua sendo desafiador para o sistema de saúde planejar e executar ações que contemplem todos os aspectos envolvidos, tais como aspectos emocionais, motivacionais, psiquiátricos, familiares e sociais.

## REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, A.; LYNSKEY, M. T. Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. **Addiction**, v.103, n.7, p.1069-1081, 2008.
- ALLISON, T.; PUCE, A.; McCARTHY, G. Social perception from visual cues: Role of the STS region. **Trends in Cognitive Sciences**, v.4, n.7, p.267-278, 2000.
- ANDRETTA, I.; MEYER, E.; PERETTI KUHN, R.; RIGON, M. A entrevista motivacional no Brasil: uma revisão sistemática motivacional. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v.22, n.2, p.15-21, 2014.
- ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. D. S. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. **Psicologia Clínica**, v.17, n.2, p.127-139, 2005.
- \_\_\_\_\_. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v.25, n.1, p.45-55, 2008.
- ANTHONY, J. C.; PETRONIS, K. R. Early onset drug use and risk of later drug problems. **Drug and Alcohol Dependence**, v.40, n.1, p.9-15, 1995.
- APODACA, T. R.; LONGABAUGH, R. Mechanisms of change in motivational interviewing: A review and preliminary evaluation of the evidence. **Addiction**, v.104, n.5, p.705-715, 2009.
- ARMSTRONG, T. D.; COSTELLO, E. J. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. **Journal of Consulting Clinical & Psychology**, v.70, n.6, p.1224-1239, 2002.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **DSM-IV-TR**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- AUBIN, H. J.; ROLLEMA, H.; SVENSSON, T. H.; WINTERER, G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v.36, n.1, p.271-284, 2012.
- AUDRAIN-MCGOVERN, J.; STEVENS, S.; MURRAY, P. J.; KINSMAN, S.; ZUCKOFF, A.; PLETCHER, J.; MOSS, D.; BAUMRITTER, A.; KALKHUIS-BEAM, S.; CARLSON, E.; RODRIGUEZ, D.; WILEYTO, E. P. The efficacy of motivational interviewing versus brief advice for adolescent smoking behavior change. **Pediatrics**, v.128, n.1, p.e101-e111, 2011.
- AVERNA, S.; HESSELBROCK, V. The relationship of perceived social support to substance use in offspring of alcoholics. **Addictive Behaviors**, v.26, n.3, p.363-374, 2001.
- BAER, J. S.; PETERSON, P. L. Motivational interviewing for adolescents and young adults. In: MILLER, I. W.; ROLLNICK, S. (Ed.). **Motivational Interviewing**: preparing people for change. New York: The Guilford Press, 2002. v.2. p.320 -332.

BAILEY, K. A.; BAKER, A. L.; WEBSTER, R. A.; LEWIN, T. J. Pilot randomized controlled trial of a brief alcohol intervention group for adolescents. **Drug and Alcohol Review**, v.23, n.2, p.157-66, 2004.

BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W. DE; LOPES, A. D. S. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.5, p.901-917, 2012.

BARNETT, E.; SUSSMAN, S.; SMITH, C.; ROHRBACH, L. A.; SPRUIJT-METZ, D. Motivational Interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. **Addictive Behaviors**, v.37, n.12, p.1325-1334, 2012.

BATTJES, R. J.; GORDON, M. S.; O'GRADY, K. E.; KINLOCK, T. W.; KATZ, E. C.; SEARS, E. A. Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.27, n.2, p.123-134, 2004.

BAUS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares Prevalence and risk factors associated with drug use among school students, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.1, p.40-46, 2002.

BEHRENDT, S.; WITTCHEN, H. U.; HUFLER, M.; LIEB, R.; BEESDO, K. Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? **Drug and Alcohol Dependence**, v.99, n.1-3, p.68-78, 2009.

BESSA, M. B; BOARATI, M. A.; SCIVOLETTO, S. Crianças e adolescentes. In: DIEHL A.; CORDEIRO D. C.; LARANJEIRA R. (Ed.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.360-374.

BLAKEMORE, S. J. J. Development of the social brain in adolescence. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v.105, n.3, p.111-116, 2012.

BLUME, A. W.; SCHMALING, K. B.; MARLAT, G. A. Motivating drinking behavior change: Depressive symptoms may not be noxious. **Addictive Behaviors**, v.26, n.2, p.267-272, 2001.

BRANSTETTER, S. A.; LOW, S.; FURMAN, W. The influence of Parents and friends on adolescent substance use: a multidimensional approach. **Journal of substance use**, v.16, n.2, p.150-160, 2011.

BRASIL, H. H. A. **Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version)**: estudo de suas propriedades psicométricas. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, São Paulo, 2003.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lex**: legislação federal, São Paulo, jan./mar. 1990.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Maconha**: informações para os adolescentes. 3.ed. Brasília:. SENAD, 2001. (Série Diálogo, n.5).

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Álcool**: o que você precisa saber. 3.ed. Brasília: SENAD, 2002a. (Série Diálogo, n.6).

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Inalantes**: informação e prevenção. Brasília: ISENAD; 2002b. (Série Diálogo, n.7).

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Conversando sobre cocaína e crack**. 4.ed. Brasília: SENAD, 2003. (Série Diálogo, n.2).

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Maconha**: informações para os adolescentes. 5.ed. Brasília: SENAD, 2004. (Série Diálogo, n.5).

BREBNER, K.; WONG, T. P.; LIU, L.; LIU, Y.; CAMPSALL, P.; GRAY, S.; PHELPS, L.; PHILLIPS, A. G.; WANG, Y. T. Nucleus accumbens long-term depression and the expression of behavioral sensitization. **Science**, v.310, n.5752, p.1340-1343, 2005.

BROWN, R. A.; RAMSEY, S. E.; STRONG, D. R.; MYERS, M. G.; KAHLER, C. W.; LEJUEZ, C. W.; NIAURA, R.; PALLONEN, U. E.; KAZURA, A. N.; GOLDSTEIN, M. G.; ABRAMS, D. B. Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. **Tobacco Control**, v.12, Suppl. 4, p.3-10, 2003.

BROWN, R. A.; STRONG, D. R.; ABRANTES, A. M.; MYERS, M. G.; RAMSEY, S. E.; KAHLER, C. W. Effects on substance use outcomes in adolescents receiving motivational interviewing for smoking cessation during psychiatric hospitalization. **Addictive Behaviors**, v.34, n.10, p.887-891, 2009.

BROWN, S. A.; TAPERT, S. F.; GRANHOLM, E.; DELIS, D. C. Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v.24, n.2, p.164-171, 2000.

BURKE, B. L.; ARKOWITZ, H.; MENCHOLA, M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, v.271, n.5, p.843-861, 2003.

CALLAGHAN, R. C.; HATHAWAY, A.; CUNNINGHAM, J. A.; VETTESE, L. C.; WYATT, S.; TAYLOR, L. Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. **Addictive Behaviors**, v.30, n.9, p.1834-1847, 2005.

CARLINI, E. A. (Supervisão) *et. al.* **VI Levantamento Nacional sobre consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. Brasília: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

CASEY, B. J.; GETZ, S.; GALVAN, A. The adolescent brain. **Developmental Review**, v.28, n.1, p.62-77, 2008.

CASEY, B. J.; TOTTENHAM, N.; LISTON, C.; DURSTON, S. Imaging the developing brain: What have we learned about cognitive development? **Trends in Cognitive Sciences**, v.9, n.3, p.104-110, 2005.

CAVALCANTE, M. B. de P. T.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.3, p.555-559, 2008.

CENTER FOR BEHAVIORAL HEALTH STATISTICS AND QUALITY. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health. **HHS Publication**, n.SMA 16-4984, NSDUH Series H-51, 2016.

CHAMBERS, R. A.; TAYLOR, J. R.; POTENZA, M. N. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. **The American Journal of Psychiatry**, v.160, n.6, p.1041-52, 2003.

CHEN, C. Y.; O'BRIEN, M. S.; ANTHONY, J. C. Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001. **Drug and Alcohol Dependence**, v.79, n.1, p.11-22, 2005.

CHEN, C. Y.; STORR, C. L.; ANTHONY, J. C. Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. **Addictive Behaviors**, v.34, n.3, p.319-322, 2009.

CHITA, V.; NEGREIRO, J.; BARREIRA, T. Uso de drogas, comportamentos sexuais de risco e comportamentos antissociais na adolescência: padrões de associação. **Psychologica**, v.57, n.2, p.73-93, 2014.

CHUNG, T.; MARTIN, C. S.; ARMSTRONG, T. D.; LABOUVIE, E. W. Prevalence of DSM-IV alcohol diagnoses and symptoms in adolescent community and clinical samples. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.41, n.5, p.546-554, 2002.

COFFEY, C.; CARLIN, J. B.; LYNSKEY, M.; LI, N.; PATTON, G. C. Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian adolescent health cohort study. **British Journal of Psychiatry**, v.182, n.4, p.330-336, 2003.

COLBY, S. M.; MONTI, P. M.; BARNETT, N. P.; ROHSENOW, D. J.; WEISSMAN, K.; SPIRITO, A.; WOOLARD, R. H.; LEWANDER, W. J. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminar study. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, v.66, n.3, p.574-578, 1998.

COLBY, S. M.; MONTI, P. M.; O'LEARY TEVYAW, T.; BARNETT, N. P.; SPIRITO, A.; ROHSENOW, D. J.; RIGGS, S.; LEWANDER, W. Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. **Addictive Behaviors**, v.30, n.5, p.865-874, 2005.

COPELAND, J.; SWIFT, W.; ROFFMAN, R.; STEPHENS, R. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.21, n.2, p.55-64, 2001.

- COUWENBERGH, C.; VAN DEN BRINK, W.; ZWART, K.; VREUGDENHIL, C.; VAN WIJNGAARDEN-CREMERS, P.; VAN DER GAAG, R. J. Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v.15, n.6, p.319-328, 2006.
- CUNNINGHAM, R. M.; CHERMACK, S. T.; ZIMMERMAN, M. A.; SHOPE, J. T.; BINGHAM, C. R.; BLOW, F. C.; WALTON, M. A. Brief motivational interviewing intervention for peer violence and alcohol use in teens: one-year follow-up. **Pediatrics**, v.129, n.6, p.1083-1090, 2012.
- D'AMICO, E. J.; MILES, J. N. V; STERN, S. A.; MEREDITH, L. S. Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.35, n.1, p.53-61, 2008.
- DAHL, R. E. Affect regulation, brain development, and behavioral/emotional health in adolescence. **CNS Spectrums**, v.6, n.1, p.60-72, 2001.
- DAYAN, J.; BERNARD, A.; OLLIAC, B.; MAILHES, A. S.; KERMARREC, S. Adolescent brain development, risk-taking and vulnerability to addiction. **Journal of Physiology Paris**, v.104, n.5-6, p.279-286, 2010.
- DE ALWIS, D.; LYNSKEY, M. T.; REIERSEN, A. M.; AGRAWAL, A. Attention-deficit / hyperactivity disorder subtypes and substance use and use disorders in NESARC. **Addictive Behaviors**, v.39, n.8, p.1278-1285, 2014.
- DE BELLIS, M. D.; CLARK, D. D. B.; BEERS, S. R.; SOLOFF, P. H.; BORING, A. M.; HALL, J.; KERSH, A.; KESHAVAN, M. S. Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. **The American Journal of Psychiatry**, v.157, n.5, p.737-744, 2000.
- DE MICHELI D, FISBERG M, F. M. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.50, n.3, p.305-313, 2004.
- DE PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: Revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.1, p.177-183, 2009.
- DENNIS, M.; GODLEY, S. H.; DIAMOND, G.; TIMS, F. M.; BABOR, T.; DONALDSON, J.; LIDDLE, H.; TITUS, J. C.; KAMINER, Y.; WEBB, C.; HAMILTON, N.; FUNK, R. The Cannabis Youth Treatment ( CYT ) Study: main findings from two randomized trials. **Journal of Substance Abuse Treatment** 27, v.27, n.3, p.197-213, 2004.
- DENNIS, M.; TITUS, J. C.; DIAMOND, G.; DONALDSON, J.; GODLEY, S. H.; TIMS, F. M.; WEBB, C.; KAMINER, Y.; BABOR, T.; ROEBUCK, M. C.; GODLEY, M. D.; HAMILTON, N.; LIDDLE, H.; SCOTT, C. K; C. Y. T. STEERING COMMITTEE. The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design and analysis plans. **Addiction**, v.97, Suppl. 1, p.16-34, 2002.

- DIAMOND, G.; GODLEY, S. H.; LIDDLE, H. A.; SAMPL, S.; WEBB, C.; TIMS, F. M.; MEYERS, R. Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. **Addiction**, v.97, Suppl. 1, p.70-83, 2002.
- DICLEMENTE, C. C.; SCHLUNDT, D.; GEMMELL, L. Readiness and stages of change in addiction treatment. **The American Journal on Addictions**, v.13, n.2, p.103-119, 2008.
- DÍEZ, E.; BARNIOL, J.; NEBOT, M.; JUÁREZ, O.; MARTÍN, M.; VILLALBÍ, J. R. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. **Gaceta Sanitaria**, v.12, n.6, p.272-280, 1998.
- DÓRIA, G. M. S.; ANTONIUK, S. A.; ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; FAJARDO, D. N.; EHLKE, M. N. Delinquency and association with behavioral disorders and substance abuse. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.61, n.1, p.51-7, 2015.
- DUBE, S. R.; FELITTI, V. J.; DONG, M.; CHAPMAN, D. P.; GILES, W. H.; ANDA, R. F. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. **Pediatrics**, v.111, n.3, p.564-572, 2003.
- DURSTON, S.; DAVIDSON, M. C.; TOTTENHAM, N.; GALVAN, A.; SPICER, J.; FOSSELLA, J. A.; CASEY, B. J. A shift from diffuse to focal cortical activity with development. **Developmental Science**, v.9, n.1, p.1-8, 2006.
- ERICKSON, S. J.; GERSTLE, M.; FELDSTEIN, S. W. Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health settings: a review. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v.159, p.1173-1180, 2005.
- EROL, S.; ERDOGAN, S. Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The Transtheoretical Model-based study. **Patient Education and Counseling**, v.72, n.1, p.42-48, 2008.
- EVENDEN, J. L. Varieties of impulsivity. **Psychopharmacology**, v.146, n.4, p.348-361, 1999.
- EWING, B. A.; OSILLA, K. C.; PEDERSEN, E. R.; HUNTER, S. B.; MILES, J. N.; D'AMICO, E. J. Longitudinal family effects on substance use among an at-risk adolescent sample. **Addictive Behaviors**, v.41, p.185-191, 2015.
- FARRELL, A. D.; WHITE, K. S. Peer influences and drug use among urban adolescents: family structure and parent-adolescent relationship as protective factors. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, v.66, n.2, p.248-258, 1998.
- FERGUSON, D. M.; HORWOOD, L. J. Cannabis use and dependence in a New Zealand birth cohort. **New Zealand Medical Journal**, New Zealand, v.113, p.156-158, 2000.

FERGUSON, D. M.; HORWOOD, L. J.; RIDDER, E. Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: Results of a 25-year longitudinal study. **Drug and Alcohol Dependence**, v.88, Suppl. 2, p.14-26, 2007.

FERIGOLO, M.; BARBOSA, F. S.; ARBO, E.; MALYSZ, A. S.; STEIN, A. T.; BARROS, H. M. T. Prevalência do consumo de drogas na FEBEM, Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.1, p.10-16, 2004.

FORMIGONI, M. L. O. D. S. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1**. 7.ed. Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. (SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Coordenação [da] 7.ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni).

FRENCH, M. T.; ZAVALA, S. K.; McCOLLISTER, K. E.; WALDRON, H. B.; TURNER, C. W.; OZECOWSKI, T. J. Cost-effectiveness analysis of four interventions for adolescents with a substance use disorder. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.34, n.3, p.272-281, 2008.

FUHR, D. C.; GMEL, G. What is alcohol per capita consumption of adults telling us about drinking and smoking among adolescents? A population-based study across 68 countries. **Alcohol and Alcoholism**, v.46, n.1, p.88-92, 2011.

FULKERSON, J. A.; HARRISON, P. A.; BEEBE, T. J. DSM-IV substance and dependence: are there really two dimensions of substance use disorders in adolescent? **Addiction**, v.94, n.4, p.495-506, 1999.

GALLO, A. E.; WILLIAMS, L. C. de A. A escola como fator de proteção à conduta infracional de adolescentes. **Cadernos de Pesquisa**, v.38, n.133, p.41-59, 2008.

GALVAN, A.; HARE, T. A.; PARRA, C. E.; PENN, J.; VOSS, H.; GLOVER, G.; CASEY, B. J. Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. **Journal of Neuroscience**, v.26, n.25, p.6885-6892, 2006.

GOLDMAN, D.; BERGEN, A. General and specific inheritance of substance abuse and alcoholism. **Archives of General Psychiatry**, v.55, n.11, p.964-965, 1998.

GOTI, J.; DIAZ, R.; SERRANO, L.; GONZALEZ, L.; CALVO, R.; GUAL, A.; CASTRO, J. Brief intervention in substance-use among adolescent psychiatric patients: a randomized controlled trial. **European child & adolescent psychiatry**, v.19, n.6, p.503-511, 2010.

GRANT, B. F.; DAWSON, D. A. Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: Results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. **Journal of Substance Abuse**, v.10, n.2, p.163-173, 1998.

GREENSTEIN, D. K.; FRANKLIN, M. E.; McGUFFIN, P. Measuring motivation to change: An examination of the University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA) in an adolescent sample. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, v.36, n.1, p.47-55, 1999.

- GRENARD, J. L.; AMES, S. L.; PENTZ, M. A.; SUSSMAN, S. Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, v.18, n.1, p.53-67, 2006.
- GUIMARÃES, J. L.; GODINHO, P. H.; CRUZ, R.; KAPPANN, J. I.; ALVES TOSTA, L. Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.1, p.130-132, 2004.
- HAIR, E. C.; MOORE, K. A.; GARRETT, S. B.; LING, T.; CLEVELAND, K. The continued importance of quality parent – adolescent relationships during late adolescence. **Journal of Research on Adolescence**, v.18, n.1, p.187-200, 2008.
- HALLER, M.; HANDLEY, E.; CHASSIN, L.; BOUNTRESS, K. Developmental cascades: Linking adolescent substance use, affiliation with substance use promoting peers, and academic achievement to adult substance use disorders. **Developmental Psychopathology**, v.22, n.4, p.899-916, 2010.
- HETTEMA, J.; STEELE, J.; MILLER, W. R. Motivational Interviewing. **Clinical Psychology Review**, v.1, p.91-111, 2005.
- HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; DA COSTA, A. W. N.; DO PRADO, R. R.; OLIVEIRA-CAMPOS, M.; MALTA, D. C. Lifetime use of illicit drugs and associated factors among Brazilian schoolchildren, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.17 Suppl 1, p.31-45, 2014.
- HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55, n.4, p.268-272, 2006.
- JACKMAN, K. Motivational Interviewing with Adolescents: An Advanced Practice Nursing Intervention for Psychiatric Settings. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, v.25, n.1, p.4-8, 2012.
- JACOBUS, J.; TAPERT, S. F. Neurotoxic effects of alcohol in adolescence. **Annual Review of Clinical Psychology**, v.9, p.703-721, 2013.
- JANE-LLOPIS, E.; MATYTSINA, I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. **Drug and Alcohol Review**, v.25, n.6, p.515-536, 2006.
- JENSEN, C. D.; CUSHING, C. C.; AYLWARD, B. S.; CRAIG, J. T.; SORELL, D. M.; STEELE, R. G. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. **Journal of consulting and clinical psychology**, v.79, n.4, p.433-440, 2011.
- JESSOR, R.; COSTA, F. M.; KRUEGER, P. M.; TURBIN, M. S. A developmental study of heavy episodic drinking among college students: the role of psychosocial and behavioral protective and risk factors. **Journal of Studies on Alcohol**, v.67, n.1, p.86-94, 2006.

- JOHNSTON, L. D.; O'MALLEY, P. M.; BACHMAN, J. G.; SCHULENBERG, J. E. **Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2010: College Students & Adults Ages 19-50.** Institute for Social Research, University of Michigan, 2011. v.2.
- KALIVAS, P. W.; JACKSON, D.; ROMANIDIES, A.; WYNDHAM, L.; DUFFY, P. Involvement of pallidothalamic circuitry in working memory. **Neuroscience**, v.104, n.1, p.129-136, 2001.
- KAMINER, Y.; BURLESON, J.; GOLDBERGER, R. Cognitive-Behavioral Coping Skills and Psychoeducation Therapies for Adolescent Substance Abuse. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v.190, p.737-745, 2002.
- KERR-CORRÊA, F.; LIMA, M. C. P.; BERTOLOTE, J. M.; TRINCA, L. A.; SIMÃO, M. O.; OLIVEIRA, J. B. de; COLL, G. S.; PEREIRA, P. L.; FONTANELLA, B. C.; COSTA, D. L. da C. **Relatório Unesp sobre o levantamento de uso de álcool e drogas por estudantes do ensino fundamental, médio e supletivo do município de Botucatu.** Univesidade Estadual Paulista, Botucatu, 2009.
- KING, K. M.; CHASSIN, L. A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on young adult substance dependence. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v.68, n.2, p.256-265, 2007.
- KNAPP, P.; LUZ JR., E.; BALDISSEROTTO, G. Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In: RANGÊ, B. (Org.), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p.332-350.
- KNIGHT, J. R.; SHERRITT, L.; VAN HOOK, S.; GATES, E. C.; LEVY, S.; CHANG, G. Motivational interviewing for adolescent substance use: a pilot study. **Journal of Adolescent Health**, v.37, n.2, p.167-169, 2005.
- KNOBEL M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal.** Porto Alegre: Artmed, 1981. p.24-60.
- KUHNEN, C. M.; KNUTSON, B. The neural basis of financial risk taking. **Neuron**, v.47, n.5, p.763-770, 2005.
- LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2007.
- LAWENDOWSKI, L. A. A motivational intervention for adolescent smokers. **Prevention Medicine**, v.27, n.5, Pt 3, p.A39-46, 1998.
- LINCOURT, P.; KUETTEL, T. J.; BOMBARDIER, C. H. Motivational interviewing in a group setting with mandated clients: a pilot study. **Addictive Behaviors**, v.27, n.3, p.381-391, 2002.
- LOPES, G. M.; NÓBREGA, B. A.; DEL PRETTE, G.; SCIVOLETTO, S. Use of psychoactive substances by adolescents: Current panorama. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.35, Suppl. 1, p.51-61, 2013.

LOPEZ-LARSON, M. P.; ROGOWSKA, J.; BOGORODZKI, P.; BUELER, C. E.; McGLADE, E. C.; YURGELUN-TODD, D. A. Cortico-cerebellar abnormalities in adolescents with heavy marijuana use. **Psychiatry Research - Neuroimaging**, v.202, n.3, p.224-232, 2012.

LUNDAHL, B. W.; KUNZ, C.; BROWNELL, C.; TOLLEFSON, D.; BURKE, B. L. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. **Research on Social Work Practice**, v.20, n.2, p.137-160, 2010.

LUZ JR., E. Dependência química. In: KNAPPP, P. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p.280-295.

MacGOWAN, M. J.; ENGLE, B. Evidence for optimism: behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v.19, n.3, p.527-545, 2010.

MALTA, D. C.; MASCARENHAS, M. D. M.; PORTO, D. L.; DUARTE, E. A.; SARDINHA, L. M.; BARRETO, S. M.; DE MORAIS NETO, O. L. Prevalence of alcohol and drug consumption among adolescents: data analysis of the National Survey of School Health. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.14, Suppl 1, p.136-146, 2011.

MANN, A. P.; ACCURSO, E. C.; STILES-SHIELDS, C.; CAPRA, L.; LABUSCHAGNE, Z.; KARNIK, N. S.; LE GRANGE, D. Factors associated with substance use in adolescents with eating disorders. **Journal of Adolescent Health**, v.55, n.2, p.182-187, 2014.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, Supl 1, p.28-32, 2004.

MARTIN, G.; COPELAND, J. The adolescent cannabis check-up: randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.34, n.4, p.407-414, 2008.

MARTINS, M. C. **Práticas educativas parentais e o uso de drogas entre os adolescentes escolares**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Ribeirão Preto, 2011.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.5, p.1112-1120, 2008.

MASTERMAN, P. W.; KELLY, A. B. Reaching adolescents who drink harmfully: fitting intervention to developmental reality. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.24, n.4, p.347-355, 2003.

McCAMBRIDGE, J.; STRANG, J. 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**, v.99, n.1, p.39-52, 2004.

- McCONNAUGHY, E. A.; PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v.20, n.3, p.368-375, 1983.
- MERIKANGAS, K.; JIAN-PING, H.; BURSTEIN, M.; SWANSON, S. A.; AVENEVOLI, S.; CUI, L.; BENJET, C.; GEORGIADES, K.; SWENDSEN, J. Lifetime prevalence of mental disorders in us adolescents: results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement. **Journal of the American Academy Children Adolescent Psychiatry**, v.49, n.10, p.980-989, 2011.
- MERLO, L.; STORCH, E. Cognitive behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. **Cognitive Behavior Therapy**, v.39, n.1, p.24-27, 2010.
- MILLER, W. R. G. Toward a Theory of Motivational Interviewing MI was not founded on theory. **American Psychologist**, v.64, n.6, p.527-537, 2009.
- MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para mudança de comportamentos aditivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- MILLER, W.; ZWEBEN, A.; DICLEMENTE, C. C.; RYCHTARIK, R. G. **Motivational enhancement therapy manual (Project MATCH Monograph No.2)**. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, 1995.
- MOELLER, F. G.; BARRATT, E. S.; DOUGHERTY, D. M.; SCHMITZ, J. M.; SWANN, A. C. Psychiatric aspects of impulsivity. **Psychiatry Interpersonal and Biological Processes**, v.158, n.11, p.1783-1793, 2001.
- MONTEIRO, C. F. de S.; ARAÚJO, T. M. E. de; SOUSA, C. M. M. de; MARTINS, M. do C. de C.; SILVA, L. L. L. Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.20, n.3, p.344-348, 2012.
- MONTI, P. M.; COLBY, S. M.; BARNETT, N. P.; SPIRITO, A.; ROHSENOW, D. J.; MYERS, M.; WOOLARD, R.; LEWANDER, W. Brief Intervention for Harm Reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.67, n.6, p.989-994, 1999.
- MOSS, H. B.; CHEN, C. M.; YI, H. Y. Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. **Drug and Alcohol Dependence**, v.136, n.1, p.51-62, 2014.
- MRUG, S.; McCAY, R. Parental and peer disapproval of alcohol use and its relationship to adolescent drinking: age, gender, and racial differences. **Psychology of Addictive Behavior**, v.27, n.3, p.604-614, 2013.
- MUCK, R.; ZEMPOLICH, K. A.; TITUS, J. C.; SCHWEBEL, R. An Overview of the Effectiveness of Adolescent Substance Abuse Treatment Models. **Youth & Society**, v.33, n.2, p.143-168, 2001.
- MULVEY, E. Highlights from pathways to desistance: A longitudinal study of serious adolescent offenders. **Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention**, 2011.

MUZA, G. M.; BETTIOL, H.; MUCCILLO, G.; BARBIERI, M. A. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Riberão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.1, p.21-29, 1997.

MYERS, M.; STEWERT, D.; BROWN, S. Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. **American Journal of Psychiatry**, v.155, n.4, p.479-485, 1998.

NAAR-KING, S. Motivational interviewing in adolescent treatment. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.56, n.11, p.651-657, 2011.

NAAR-KING, S.; SUAREZ, M. **Motivational interviewing with adolescents and young adults**. New York: Guilford Press, 2011.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). High School and Youth Trends. **Drugfacts**, p 1-4, 2014. Disponível em: <[https://teens.drugabuse.gov/sites/default/files/high\\_school\\_and\\_youth\\_trends\\_december\\_2014.pdf](https://teens.drugabuse.gov/sites/default/files/high_school_and_youth_trends_december_2014.pdf)>. Acesso em: 02 maio 2016.

NESTLER, E. J.; BARROT, M.; SELF, D. W. DeltaFosB: a sustained molecular switch for addiction. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v.98, n.20, p.11042-11046, 2001.

OFFICE OF JUVENILE JUSTICE AND DELINQUENCY PREVENTION. **Drinking in America: Myths, Realities, and Prevention Policy**. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 2005.

OLIVEIRA, M. D.; ANDRETTA, I.; RIGONI, M. D.; SZUPSZYNSKI, K. P. D. Motivational Interview with alcoholics: A longitudinal study abstract. **Psicologia -Reflexão e Crítica**, v.21, n.2, p.261-266, 2008.

OLIVEIRA, S.; SCHNEIDER, D. D. Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.2, p.265-270, 2003.

OLTHUIS, J. V.; DARREDEAU, C.; BARRETT, S. P. Substance use initiation: The role of simultaneous polysubstance use. **Drug and Alcohol Review**, v.32, n.1, p.67-71, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Necesidades de salud de los adolescentes**. Ginebra, 1977. (Serie de informes técnicos).

PANTALON, M. V.; SWANSON, A. J. Use of the University of Rhode Island Change Assessment to measure motivational readiness to change in psychiatric and dually diagnosed individuals. **Psychology of Addictive Behavior**, n.17, v.2, p.91-97, 2003.

PECHANSKY, F. Patterns of alcohol use among adolescents living in Porto Alegre, Brazil. **Journal of psychoactive drugs**, v.30, n.1, p.45-51, 1998.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, Suppl 1, p.14-17, 2004.

- PENNARTZ, C. M. A.; GROENEWEGEN, H. J.; LOPES DA SILVA, F. H. The nucleus accumbens as a complex of functionally distinct neuronal ensembles: An integration of behavioural, electrophysiological and anatomical data. **Progress in Neurobiology**, v.42, n.6, p.719-761, 1994.
- PERKONIGG, A.; LIEB, R.; WITTCHEN, H. U. Prevalence of use, abuse and dependence of illicit drugs among adolescents and young adults in a community sample. **European Addiction Research**, v.4, n.1-2, p.58-66, 1998.
- PETERSON, P. L.; BAER, J. S.; WELLS, E. A.; GINZLER, J. A.; GARRETT, S. B. Short-term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. **Psychology of Addictive Behaviors**, v.20, n.3, p.254-264, 2006.
- PIAGET, J. Intellectual Evolution from adolescence to adulthood. **Human Development**, v.15, p.1-12, 1972.
- PIKO, B. F.; KOVÁCS, E. Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. **Addictive Behaviors**, v.35, n.1, p.53-56, 2010.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v.19, n.3, p.276-288, 1982.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, v.47, n.9, p.1102-1114, 1992.
- RAMO, D. E.; LIU, H.; PROCHASKA, J. J. Tobacco and marijuana use among adolescents and young adults: A systematic review of their co-use. **Clinical Psychology Review**, v.32, n.2, p.105-121, 2012.
- ROGERS, R. D.; ROBBINS, T. W. Investigating the neurocognitive deficits associated with chronic drug misuse. **Current Opinion in Neurobiology**, v.11, n.2, p.250-257, 2001.
- ROZIN, L.; ZAGONEL, I. P. S. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.2, p.314-318, 2012.
- RUBAK, S.; SANDBAEK, A.; LAURITZEN, T.; CHRISTENSEN, B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. **The British Journal of General Practice**, v.55, n.513, p.305-312, 2005.
- RYAN, R.; DECI, E. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation. **American Psychologist**, v.55, n.1, p.68-78, 2000.
- SAITO, M. I. Psicopatologia na adolescência e síndrome da adolescência normal: a interface entre o patológico e o normal. In: ASSUMPÇÃO F. B.; KUCZYNSKI E (Org). **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2012. p.463-472.

- SAMPL, S.; KADDEN, R. Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions. **Connecticut: DHHS Publication**, v.1, p.1-139, 2001.
- SANCHEZ, Z. V. D. M.; DE OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Main reasons for non-use of illicit drugs by young population exposed to risk situations. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.4, p.599-605, 2005.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.707-717, 2005.
- SEBASTIAN, C.; BURNETT, S.; BLAKEMORE, S. J. Development of the self-concept during adolescence. **Trends in Cognitive Sciences**, v.12, n.11, p.441-446, 2008.
- SEGATTO, M. L.; ANDREONI, S.; SOUZA E SILVA, R. DE; DIEHL, A.; PINSKY, I. Brief motivational interview and educational brochure in emergency room settings for adolescents and young adults with alcohol related problems: a randomized single blind clinical trial. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.33, n.3, p.225-233, 2011.
- SHANE, P. A.; JASIUKAITIS, P.; GREEN, R. S. Treatment outcomes among adolescents with substance abuse problems: The relationship between comorbidities and post-treatment substance involvement. **Evaluation and Program Planning**, v.26, n.4, p.393-402, 2003.
- SILVA, M. D. P. e; MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B.; MINATEL, M. M. Saúde mental e fatores de risco e proteção: focalizando adolescentes cumprindo medidas socioeducativas. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.2, p.162-169, 2015.
- SINDELAR, H. A.; ABRANTES, A. M.; HART, C.; LEWANDER, W.; SPIRITO, A. Motivational interviewing in pediatric practice. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**, v.34, n.9, p.322-339, 2004.
- SLOBODA, Z.; GLANTZ, M. D.; TARTER, R. E. Revisiting the Concepts of Risk and Protective Factors for Understanding the Etiology and Development of Substance Use and Substance Use Disorders: Implications for Prevention. **Substance Use and Misuse**, v.47, n.8-9, p.944-962, 2012.
- SMEDSLUND, G.; BERG, R. C.; HAMMERSTRØM, K. T.; STEIRO, A.; LEIKNES, K. A.; DAHL, H. M.; KARLSEN, K. Motivational interviewing for substance abuse. **Cochrane Database System Review**, n.5, 2011.
- SOWELL, E. R. Longitudinal Mapping of Cortical Thickness and Brain Growth in Normal Children. **Journal of Neuroscience**, v.24, n.38, p.8223-8231, 2004.
- SPEAR, L. The adolescent brain and age-related behavioural manifestations. **Neuroscience & Biobehavioural Reviews**, v.24, n.4, p.417-463, 2000.
- SPEAR, L. P. The adolescent brain and the college drinker: biological basis of propensity to use and misuse alcohol. **Journal of Studies on Alcohol. Supplement**, n.14, p.71-81, 2002.

- SQUEGLIA, L. M.; JACOBUS, J.; TAPERT, S. F. The influence of substance use on adolescent brain development. **Clinical of EEG Neuroscience**, n.40, n.1, p.31-38, 2009.
- STEIN, L. A.; CLAIR, M.; LEBEAU, R.; COLBY, S. M.; BARNETT, N. P.; GOLEMESKE, C.; MONTI, P. M. Motivational interviewing to reduce substance-related consequences: effects for incarcerated adolescents with depressed mood. **Drug and Alcohol Dependence**, v.118, n.2-3, p.475-478, 2011a.
- STEIN, M. D.; HAGERTY, C. E.; HERMAN, D. S.; PHIPPS, M. G.; ANDERSON, B. J. A brief marijuana intervention for non-treatment seeking young adult women. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.40, n.2, p.189-198, 2011b.
- STEINBERG, L. Cognitive and affective development in adolescence. **Trends in Cognitive Sciences**, v.9, n.2, p.69-74, 2005.
- STEPHENS, R. S.; ROFFMAN, R. A.; FEARER, S. A.; WILLIAMS, C.; PICCIANO, J. F.; BURKE, R. S. The Marijuana Check-up: Reaching users who are ambivalent about change. **Addiction**, v.99, n.10, p.1323-1332, 2004.
- STEPHENS, S.; CELLUCCI, T.; GREGORY, J. Comparing stage of change measures in adolescent smokers. **Addictive Behaviors**, v.29, n.4, p.759-764, 2004.
- STORR, C. L.; ACCORNERO, V. H.; CRUM, R. M. Profiles of current disruptive behavior: Association with recent drug consumption among adolescents. **Addictive Behaviors**, v.32, n.2, p.248-264, 2007.
- SUSSMAN, S.; SKARA, S.; AMES, S. L. Substance abuse among adolescents. **Substance Use & Misuse**, v.43, n.12-13, p.1802-1828, 2008.
- SWADI, H. Individual risk factors for adolescent substance use. **Drug and Alcohol Dependence**, v.55, n.3, p.209-224, 1999.
- SWANSON, L. W. Cerebral hemisphere regulation of motivated behavior. **Brain Research**, v.886, n.1-2, p.113-164, 2000.
- SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. da S. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. **Psico-USF**, v.13, n.1, p.31-39, 2008.
- TAIT, R. J.; HULSE, G. K.; ROBERTSON, S. I. Effectiveness of a brief-intervention and continuity of care in enhancing attendance for treatment by adolescent substance users. **Drug and Alcohol Dependence**, v.74, n.3, p.289-296, 2004.
- TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. de. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública-USP**, v.35, n.2, p.150-158, 2001.
- \_\_\_\_\_. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.6, p.787-796, 2004.

TAVARES, G.; SCHEFFER, M.; MARIA, R.; ALMEIDA, M. de. Drogas, Violência e Aspectos Emocionais em Apenados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25, n.1, p.89-95, 2012.

TEVYAW, T.; MONTI, P. M. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. **Addiction**, v.99, Suppl. 2, p.63-75, 2004.

TODOROV, J. C.; MOREIRA, M. B. O conceito de motivação na psicologia. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.7, n.1, p.119-132, 2005.

TRAD, V. Developmental vicissitudes that promote drug abuse in adolescents. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v.20, n.4, p.459-481, 1994.

VAN DEN BREE, M. B.; PICKWORTH, B. W. Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. **Archives of General Psychiatry**, n.62, v.3, p.311- 319, 2005.

VAN DER MEER SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.4, p.420-430, 2002.

VAN EMMERIK-VAN OORTMERSSEN, K.; VAN DE GLIND, G.; VAN DEN BRINK, W.; SMIT, F.; CRUNELLE, C. L.; SWETS, M.; SCHOEVEERS, R. A. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. **Drug and Alcohol Dependence**, v.122, n.1-2, p.11-19, 2012.

VAN GOOZEN, STEPHANIE HM, COHEN-KETTENIS, P. T.; SNOEK, H.; MATTHYS, W.; SWAAB-BARNEVELD, H. Executive functioning in children: a comparison of hospitalised ODD and ODD/ADHD children and normal controls. **Journal Of Child Psychology And Psychiatry**, v.2, p.284-292, 2004.

VAN RYZIN, M. J.; FOSCO, G. M.; DISHION, T. J. Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: an 11-year prospective analysis. **Addictive Behaviors**, v.37, n.12, p.1314-1324, 2012.

VELASQUEZ, M. M.; CARBONARI, J. P.; DICLEMENTE, C. C. Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: The relation of the transtheoretical model variables to psychiatric distress in dually diagnosed patients. **Addictive Behaviors**, v.24, n.4, p.481-496, 1999.

VERWEIJ, K. J. H.; ZIETSCH, B. P.; LYNSKEY, M. T.; MEDLAND, S. E.; NEALE, M. C.; MARTIN, N. G.; BOOMSMA, D. I.; VINK, J. M. Genetic and environmental influences on cannabis use initiation and problematic use: a meta-analysis of twin studies. **Addiction**, v.105, n.3, p.417-430, 2010.

VIEIRA, P. C.; AERTS, D. R. G. D. C.; FREDDO, S. L.; BITTENCOURT, A.; MONTEIRO, L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.11, p.2487-2498, 2008.

VUONTELA, V.; STEENARI, M.; CARLSON, S.; KOIVISTO, J.; FJÄLLBERG, M.; ARONEN, E. T. Audiospatial and visuospatial working memory in 6 - 13 year old school children. **Learning & Memory**, v.10, n.1, p.74-81, 2003.

WALKER, D. D.; ROFFMAN, R. A.; STEPHENS, R. S.; WAKANA, K.; BERGHUIS, J.; KIM, W. Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: a preliminary randomized controlled trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.74, n.3, p.628-632, 2008.

WHELAN, R.; CONROD, P. J.; POLINE, J.-B.; LOURDUSAMY, A.; BANASCHEWSKI, T.; BARKER, G. J.; BELLGROVE, M. A.; BÜCHEL, C.; BYRNE, M.; CUMMINS, T. D.; FAUTH-BÜHLER, M.; FLOR, H.; GALLINAT, J.; HEINZ, A.; ITTERMANN, B.; MANN, K.; MARTINOT, J. L.; LALOR, E. C.; LATHROP, M.; LOTH, E.; NEES, F.; PAUS, T.; RIETSCHEL, M.; SMOLKA, M. N.; SPANAGEL, R.; STEPHENS, D. N.; STRUVE, M.; THYREAU, B.; VOLLSTAEDT-KLEIN, S.; ROBBINS, T. W.; SCHUMANN, G.; GARAVAN, H; IMAGEN CONSORTIUM. Adolescent impulsivity phenotypes characterized by distinct brain networks. **Nature Neuroscience**, v.15, n.6, p.920-927, 2012.

WILENS, T. E.; MARTLETON, M.; JOSHI, G.; BATEMAN, C.; FRIED, R.; PETTY, C.; BIEDERMAN, J. Does ADHD predict substance use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.50, n.6, p.543-553, 2011.

WINDLE, M. Parental, Sibling, and Peer Influences on Adolescent Substance Use and Alcohol Problems. **Applied Developmental Science**, v.4, n.2, p.98-110, 2000.

WU, L. T.; GERSING, K.; BURCHETT, B.; WOODY, G. E.; BLAZER, D. G. Substance use disorders and comorbid Axis I and II psychiatric disorders among young psychiatric patients: Findings from a large electronic health records database. **Journal of Psychiatric Research**, v.45, n.11, p.1453-1462, 2011.

YU, M.; STIFFMAN, A. R. Addictive Behaviors Positive family relationships and religious affiliation as mediators between negative environment and illicit drug symptoms in American Indian adolescents. **Addictive Behaviors**, v.35, n.7, p.694-699, 2010.

YURGELUN-TODD, D. Emotional and cognitive changes during adolescence. **Current Opinion in Neurobiology**, v.17, n.2, p.251-257, 2007.

ZAMBOM, L. F.; GARCIA, J.; SILVA, D. A.; ANDRETTA, I.; SILVA, D. A. Motivação para mudança em adolescentes usuários de maconha: um estudo longitudinal. **Boletim de Psicologia**, n.51, p.193-206, 2011.

ZEITLIN, H. Psychiatric comorbidity with substance misuse in children and teenagers. **Drug and alcohol dependence**, v.55, n.3, p.225-234, 1999.

## APÊNDICES

**APÊNDICE 1**  
**ANAMNESE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
**AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA**  
**E DA ADOLESCÊNCIA – HC - CENEP**  
**ANAMNESE**



Data da avaliação Psiquiátrica \_\_\_\_\_ Prontoário \_\_\_\_\_ Processo \_\_\_\_\_

Médico Responsável: \_\_\_\_\_

Nome do Adolescente \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: branco ( ) pardo ( ) negro ( ) amarelo ( ) outros \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Dias \_\_\_\_\_

Informante: \_\_\_\_\_

**Pai:** Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Nível de Instrução \_\_\_\_\_ Situação trabalhista no último ano \_\_\_\_\_

Situação atual: (empregado/ desempregado)

**Mãe:** Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Nível de Instrução \_\_\_\_\_ Situação trabalhista no último ano \_\_\_\_\_

Situação atual: (empregada/ desempregada)

Endereço: \_\_\_\_\_

Cep \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Telefones \_\_\_\_\_ Recado \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

Nome da última escola \_\_\_\_\_

Série \_\_\_\_\_ Orientadora \_\_\_\_\_

**Queixa e duração:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Parto:**

Local \_\_\_\_\_

Assistido por: médico/ enfermeira/ parteira/outros.

Tipo: Normal/ Fórceps/ Cesárea. Motivo \_\_\_\_\_

Tipo de anestesia: \_\_\_\_\_ Pós-parto materno \_\_\_\_\_

Prematuridade: \_\_\_\_\_ meses Pós-maturidade: \_\_\_\_\_ meses

Condições do RN: Peso: \_\_\_\_\_ grs. Altura: \_\_\_\_\_ cm

(Cianose/ Hipotonia/ Toco traumatismo/ Reanimação) \_\_\_\_\_

Intercorrências no berçário: (Cianose/ Convulsões/ Icterícia/ Desequilíbrio metabólico/ incubadora. UTI Outros).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Desenvolvimento neuropsicomotor:**

Primeiros dias de vida (alimentação, choro e sono) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sucção \_\_\_\_\_ Reação aos estímulos visuais e auditivos \_\_\_\_\_ Tono muscular \_\_\_\_\_

Iniciou sorriso social \_\_\_\_\_ Controle cervical \_\_\_\_\_

Sentou sem apoio \_\_\_\_\_ Primeiros passos \_\_\_\_\_ Andou sem apoio \_\_\_\_\_

Primeiras palavras \_\_\_\_\_ Frases \_\_\_\_\_ Compreendeu ordens verbais simples \_\_\_\_\_

Iniciou relatos \_\_\_\_\_ Gagueira \_\_\_\_\_

Controlou esfínteres: Vesical (D) \_\_\_\_\_ Vesical(N) \_\_\_\_\_ Anal \_\_\_\_\_

Vestiu-se sozinho \_\_\_\_\_ Vacinação: completa \_\_\_\_\_ Incompleta \_\_\_\_\_

Faz distinção entre direita e esquerda \_\_\_\_\_ Sono (agitado ou tranquilo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Interação social no primeiro ano de vida \_\_\_\_\_

Aleitamento/ Desmame/ Sinais de apego/ Uso de chupeta/ Sucção do polegar.

**Antecedentes patológicos:** (Viroses da Infância/Convulsões/TCE/Cirurgias/Enurese/Encoprese/ internações, otite, amigdalite, renite, adenóide, cirurgias, desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação; infecções: meningoenfalites, sarampo, Intoxicações exógenas: remédios, inseticidas, produtos químicos (chumbo, mercúrio); acidentes: trânsito, afogamento, asfixia, quedas, etc.

Sensibilidade ou alergia a alguma medicação? Caso positivo Qual.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tratamentos anteriores e medicações usadas:** (Nome e dose da medicação) (sedativo, tranqüilizantes menores, neurolépticos, tranqüilizantes maiores, antidepressivos, psicoestimulantes, lítio, outros – especificar).

---

---

---

---

---

---

---

---

**Antecedentes patológicos dos familiares:** (quadros psiquiátricos e neurológicos, internações, medicações).

---

---

---

---

---

---

---

---

Uso de álcool, drogas nos familiares:

Caso de suicídio, homicídio:

Contaminação com HIV:

Existência de algum parente envolvido com a lei

Existência de algum caso parecido ao do adolescente na família:

**Hábitos:** (Hábitos alimentares (tipos de alimentos, freqüência e quantidade), Hábitos de higiene, Outros hábitos inconvenientes).

---

---

---

---

---

**Conduta pré-mórbida:** (Nível de comunicação/ Reações às mudanças de rotina/ brincadeiras e brinquedos preferidos até que idade)

---

---

---

---

---

**Escolaridade:**

Início da pré-escola \_\_\_\_\_ Adaptação \_\_\_\_\_

Início da escola \_\_\_\_\_ Adaptação \_\_\_\_\_

Gosta de estudar \_\_\_\_\_

Dedicação aos estudos \_\_\_\_\_ Aproveitamento escolar \_\_\_\_\_

Nível escolar atual \_\_\_\_\_ Dificuldades específicas de aprendizado \_\_\_\_\_

Repetência \_\_\_\_\_ Causas: \_\_\_\_\_

Mudanças de escola \_\_\_\_\_

Conduta e disciplina na escola (relacionamento com professores e colegas, suspensões).

---



---



---



---

**Dinâmica familiar:** (Como é o relacionamento familiar/situação conjugal dos pais/personalidade e métodos educacionais do pai, da mãe – relacionamento com o paciente/períodos de afastamento – reação do paciente/posição do paciente entre os irmãos/relacionamento intrafamiliar):

---



---



---



---

**Dinâmica social:** (Tem amigos, quem são, onde conheceu, tempo de relacionamento, relacionamento com a vizinhança, atividade com os amigos. Percebe que se sensibiliza e compartilha com os sentimentos das pessoas (tristeza, alegria, braveza e etc.). Problemas: envolvimento com brigas, e ou alvo de gozação. Atividades socioculturais/práticas de esportes, grupos e organizações, lazer).

---



---



---



---

História pregressa de Abuso? Não \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_

Físico      Negligência      Sexual      Psicológico

Idade do paciente no abuso \_\_\_\_\_

Foi realizada notificação \_\_\_\_\_ data aproximada \_\_\_\_\_

A denuncia tinha fundamento \_\_\_\_\_ não tinha fundamento \_\_\_\_\_ não tem certeza \_\_\_\_\_

Grau de parentesco entre paciente e agressor \_\_\_\_\_

Atitude tomada? \_\_\_\_\_

Qual é o contato deste agressor com o paciente na atualidade? \_\_\_\_\_

**Histórico de tratamento psiquiátrico**

Idade	Período de tratamento	Sintomas e condições de tratamento	Local do tratamento

**Exame psíquico:**

(Impressão geral, Consciência, Orientação, Atenção, Memória, Linguagem, Pensamento, Ideação, Sensopercepção, Afetividade, Humor, Volição, Psicomotricidade, Inteligência, Juízo e Crítica)

---



---



---



---



---

Peso \_\_\_\_\_ kg                      Altura \_\_\_\_\_ cm

**Sexualidade:** Menarca \_\_\_\_\_ Ciclos menstruais: \_\_\_\_\_ Regulares \_\_\_\_\_

Irregulares \_\_\_\_\_ TPM \_\_\_\_\_

Espermarca \_\_\_\_\_ 1.<sup>a</sup> relação sexual \_\_\_\_\_ Vida sexual ativa? \_\_\_\_\_

Uso de contraceptivo \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Gravidez \_\_\_\_\_ Abortamento \_\_\_\_\_ (espontâneo/ provocado).

Se o adolescente não está vivendo com os pais biológicos, obter informações sobre o paradeiro dos pais história de separação, visitação, moradia atual, história da institucionalização, etc.

---



---



---



---



---



---



---

Marque com quem o adolescente reside: mãe biológica ( ) pai biológico ( ) madrasta ( ) padrasto ( ) pais adotivos ( ) irmãos ( ) avós ( ) outros parentes ( ) não familiares ( ) outros \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:**

Nome dos irmãos	Idade	Série	Lateralidade

**Árvore genealógica:**

SÍMBOLOS: Masculino; feminino; gêmeos idênticos; gêmeos não idênticos; prematuro; natimorto; falecido; adotivo; epilepsia; psicopatologia (especificar); outras doenças (especificar); assinalar paciente.

**Estudo familiar:**

Tipo de moradia: \_\_\_\_\_ Relação de propriedade \_\_\_\_\_

N.º de cômodos \_\_\_\_\_ Região onde mora \_\_\_\_\_

Residem na habitação: \_\_\_\_\_

Renda familiar mensal: R\$ \_\_\_\_\_ Responsável (s) pelo sustento: \_\_\_\_\_

Precedência: \_\_\_\_\_

Eventuais mudanças e conseqüências: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Importantes eventos de vida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hábitos religiosos: \_\_\_\_\_

Lazer: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE 2**  
**INFORMAÇÃO DOS DADOS**

**Número:**

Iniciais do nome: \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo: M ( ) F ( )
3. Cor: Branca ( ) Negro ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Outra \_\_\_\_\_
4. Escolaridade: \_\_\_\_\_ Parou de estudar Não ( ) Sim ( ) há \_\_\_\_\_ anos  
Repetência? Não ( ) Sim ( ) Quantas vezes? Evasão antes ou depois do TUS?  
Problemas de comportamento? Não ( ) Sim ( )
5. Trabalha? Não ( ) Sim ( ) em: \_\_\_\_\_
6. Cometeu ato infracional? Não ( ) Sim ( )  
Se sim - Reincidente Sim ( ) Não ( ) N.º de vezes \_\_\_\_\_
7. Tratamento psiquiátrico anterior: Sim ( ) Não ( )
8. Tratamento neurológico anterior: Sim ( ) Não ( )
9. Reside com: Pais ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Padrasto ( ) Madrasta ( ) Outro \_\_\_\_\_
10. Situação conjugal dos pais: Casados ( ) Separados ( ) Filho de mãe solteira ( )
11. Número de irmãos \_\_\_\_\_ Filhos dos mesmos pais: Sim ( ) Não ( )  
Grau de instrução: Pai \_\_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_\_  
Profissão do pai: \_\_\_\_\_  
Profissão da mãe: \_\_\_\_\_
12. Tem algum caso parecido com o adolescente na família?
13. Participa de atividade social não relacionada ao TUS? Não ( ) Sim ( )
14. Classificação socioeconômica: A ( ) B ( ) C ( ) D ( ) E ( )
15. Diagnóstico do k-sads  
\_\_\_\_\_
16. Pontuação URICA  
\_\_\_\_\_ Média

**Número:**

Iniciais do nome: \_\_\_\_\_

**Número:**

Iniciais do nome: \_\_\_\_\_

**Número:**

Iniciais do nome: \_\_\_\_\_

1. Situação escolar atual: estudando? Não ( ) Sim ( )  
Problemas de comportamentos na escola? Não ( ) Sim ( )  
Problemas de comportamento? Não ( ) Sim ( )  
Trabalhando? Não ( ) Sim ( )  
Cometeu algum ato infracional? Não ( ) Sim ( ) se sim: reincidente? Não ( ) Sim ( )  
número de vezes: \_\_\_\_\_  
Reside com: Pais ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Padrasto ( ) Madrasta ( ) Outro \_\_\_\_\_  
Participa de atividade social não relacionada ao TUS? Não ( ) Sim ( )  
Uso de drogas: Não ( ) Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_  
Fazendo tratamento? Não ( ) Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_

**APÊNDICE 3**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Maria Cecília Beltrame Carneiro e Gustavo Manoel Schier Dória pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o seu filho (a), paciente, a participar de um estudo intitulado “Impacto da Entrevista Motivacional no tratamento de adolescentes com transtorno relacionado ao uso de substâncias no município de Curitiba - PR”.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar se a entrevista motivacional é eficaz no tratamento de adolescentes com transtorno relacionado ao uso de substâncias no município de Curitiba – PR.
- b) Caso você concorde com que ele/ela participe da pesquisa, será necessário que ele/ela compareça às consultas, juntamente com responsável, nas quais será trabalhada a questão da dependência química através de questionários autoexplicativos, perguntas e orientações diretas sobre o tema
- c) O projeto consistirá em atendimentos realizados dentro de um consultório do CAPSi, baseados na entrevista motivacional, uma vez por semana, por 06 semanas, com hora marcada e duração de aproximadamente 01 hora cada sessão, nas quais estarão inclusos questionários para preenchimento com dados pessoais do adolescente e sobre seu contato com drogas. Novamente em 01 mês e em 03 meses, o mesmo deverá comparecer ao CAPSi para preencher questionários de controle após finalizado o tratamento.
- d) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: as avaliações realizadas serão somente entrevistas e questionários a serem preenchidos. Devido a perguntas feitas diretamente sobre o uso de drogas, pode acontecer do adolescente e dos responsáveis lembrarem-se de fatos desagradáveis ocorridos, causando estresse psicológico com sentimento de raiva, tristeza, arrependimento, etc.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são:
  1. Interrupção do uso de drogas, e diminuição da chance de recaída no futuro.
  2. Melhora na qualidade de vida, no relacionamento com amigos e familiares.
  3. Prevenção de problemas futuros relacionados a família, escola, meio social.

No entanto, nem sempre seu /sua filho (a) será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Rubricas:
Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____
Pesquisador Responsável _____
Orientador _____ Orientado _____

- f) A pesquisadora Maria Cecília Beltrame Carneiro, médica psiquiatra, mestranda pela UFPR, contato dra.mariacarneiro@gmail.com, tel (41) 9667-9296 responsável por este estudo poderá ser contatada neste CAPSi, Rua Cel. Hoche Pedra Pires, 475 das 08:00 as 17:00, de segunda a sexta-feira, tel 41 3340-2181, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) Você, bem como o adolescente, se desejarem, poderão optar por tratamentos convencionais, já estabelecidos como tratamentos para este transtorno psiquiátrico, que consistem em: 1. Consultas periódicas com médico psiquiatra. 2. Internação em hospital psiquiátrico. 3. Internação em comunidade terapêutica. 4. Atendimentos neste CAPSi, variando entre 1 a 5x/semana. O encaminhamento é feito dentro do próprio CAPSi.
- h) A participação neste estudo é voluntária e se você ou o adolescente não quiserem mais fazer parte da pesquisa poderão desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua opção por não participar do estudo não implicará na interrupção do atendimento e/ou tratamento, que está assegurado. Assim que você e/ou o adolescente manifestarem tal opção, serão prontamente encaminhados para uma das modalidades de tratamento informadas no item G, de acordo com a gravidade do caso, avaliada pela médica pesquisadora.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: a pesquisadora, o professor orientador da pesquisa, a coordenadora deste CAPSi. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela participação no estudo você e seu filho (a) não receberão qualquer valor em dinheiro.
- k) Também informamos que esta é uma técnica experimental e assim seus resultados estão em estudo, portanto, pode ser também que a médica pesquisadora avalie necessidade de encaminhamento para um dos tratamentos convencionais do item G durante ou após a pesquisa. Além disso, o adolescente terá a garantia de vaga para atendimento em casos de: recaída no uso de drogas, sintomas de abstinência importantes, outros transtornos psiquiátricos ou clínicos graves que sejam identificados ao longo do estudo.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá o nome do seu filho, e sim um código.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei que meu filho participe. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios e os tratamentos alternativos. Eu entendi que sou livre para interromper a participação de meu filho a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete seu tratamento. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que meu filho será atendido sem custos para nós se ele apresentar algum problema dos relacionados no item “K”.

Eu concordo voluntariamente que meu filho participe deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)  
Local e data

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

**APÊNDICE 4**  
**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

## TERMO DE ASSENTIMENTO

### TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Impacto da Entrevista Motivacional no tratamento de adolescentes com transtorno relacionado ao uso de substâncias no município de Curitiba – PR”

Investigador: Maria Cecília Beltrame Carneiro

Local da Pesquisa: CAPSi

Endereço: Rua Cel Hoche Pedra Pires, 475

O que significa assentimento?

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informação ao Paciente:

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de avaliar se um determinado tratamento, neste caso, a entrevista motivacional, pode ajudar a tratar adolescentes que usam substâncias legais e/ou ilegais. Ela será realizada da seguinte maneira: você será convidado a comparecer uma vez por semana a este CAPSi, durante seis semanas, para participar de sessões individuais com a pesquisadora, com hora marcada e duração de 01 hora cada aproximadamente. Após 01 mês e após 03 meses, você será novamente convidado a retornar ao CAPSi para preencher novamente alguns questionários para que possamos avaliar sua resposta ao tratamento proposto. O atendimento ocorrerá dentro de um consultório.

Durante os atendimentos com a pesquisadora serão trabalhadas questões sobre seu pensamento e atitudes em relação ao uso de substâncias, através de questionários autoexplicativos, perguntas e orientações diretas sobre o tema de maneira que, ao fim dos atendimentos, possamos avaliar se houve diminuição no uso de drogas e mudanças no seu estilo de vida, por exemplo, na escola, nas suas atividades de lazer e na convivência com a sua família e amigos.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

Sua identidade será preservada, de modo que seus dados serão resguardados e identificados através de um código somente.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: as avaliações realizadas serão somente entrevistas e questionários a serem preenchidos. Devido a perguntas feitas diretamente sobre o uso de drogas, pode acontecer de você lembrar-se de fatos desagradáveis ocorrido com você e pessoas próximas, causando estresse psicológico com sentimento de raiva, tristeza, arrependimento, etc.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são:

1. Parar de usar drogas, e diminuição da chance de voltar a usar no futuro.
2. Melhora na sua qualidade de vida, no seu relacionamento com amigos e familiares.
3. Prevenção de problemas futuros relacionados à família, escola e ao meio social.

No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Se você desejar, ao invés de participar do estudo, poderá optar por tratamentos convencionais, já estabelecidos como tratamentos para este transtorno, que consistem em: 1. Consultas periódicas com médico psiquiatra. 2. Internação em hospital psiquiátrico. 3. Internação em comunidade terapêutica 4. Atendimentos neste CAPSi, variando entre 1 a 5x/semana. O encaminhamento é feito dentro do próprio CAPSi.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua opção por não participar do estudo não implicará na interrupção do atendimento e/ou tratamento, que está assegurado. Assim que você manifestar tal opção, será prontamente encaminhado (a) para uma das modalidades de tratamento informadas no parágrafo acima, de acordo com a gravidade do caso, avaliada pela médica pesquisadora.

As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas: a pesquisadora, o professor orientador da pesquisa, a coordenadora deste CAPSi No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Também informamos que esta é uma técnica experimental e assim seus resultados estão em estudo, portanto, pode ser também que a médica pesquisadora avalie necessidade de encaminhamento para um dos tratamentos convencionais descritos acima durante ou após a pesquisa. Além disso, você terá a garantia de vaga para atendimento em casos de: recaída no uso de drogas, sintomas de abstinência importantes, outros transtornos psiquiátricos ou clínicos graves que sejam identificados ao longo do estudo.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

#### Contato para dúvidas

Se você ou os responsáveis por você tiver(em) dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, você deve contatar a Investigadora do estudo através de [dra.mariacarneiro@gmail.com](mailto:dra.mariacarneiro@gmail.com), tel (41) 9667- 9296 ou neste CAPSi, Rua Cel Hoche Pedra Pires, 475 das 08:00 as 17:00, de segunda a sexta-feira, tel 41 3340-2181 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital das Clínicas da UFPR, pelo telefone (41) 3360-1041. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Rubricas:
Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____
Pesquisador Responsável _____
Orientador _____ Orientado _____

## DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PACIENTE:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento DE ASSENTIMENTO INFORMADO.

_____	_____	_____
NOME DO ADOLESCENTE	ASSINATURA	DATA
_____	_____	_____
NOME DO INVESTIGADOR	ASSINATURA	DATA

## Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

## ANEXOS

**ANEXO 1**  
**ENTREVISTA DIAGNÓSTICA**  
**KIDDIE-SADS REFERENTE AO MOMENTO PRESENTE E AO LONGO DA VIDA**  
**Introdução e informações preliminares**  
**Lista de checagem a serem completadas (rastreamento)**  
**Folha de resumos dos diagnósticos (suplemento)**

**ENTREVISTA DIAGNÓSTICA**

**KIDDIE- SADS REFERENTE AO MOMENTO PRESENTE E AO LONGO DA VIDA  
(K-SADS-PL)**

**Versão 1.0  
(Outubro de 1996)**

**Versão Brasileira da  
*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children*  
para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos**

**Versão Brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children*  
(K-SADS-PL) para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos**

## **ENTREVISTA DIAGNÓSTICA**

**KIDDIE-SADS REFERENTE AO MOMENTO PRESENTE E AO LONGO DA VIDA  
(K-SADS-PL)**

**Versão 1.0  
(Outubro de 1996)**

### **USO PERMITIDO**

Este instrumento tem direitos autorais. Seu emprego é permitido livremente, sem necessidade de permissão, para uso que atenda pelo menos, a uma das seguintes condições:

- Uso clínico em instituição sem fins lucrativos
- Uso em pesquisa com o respectivo projeto aprovado

Todos os outros empregos desse instrumento necessitam permissão, por escrito, do autor principal, Dra. Kaufman, incluindo, entre outras, as seguintes condições:

- Redistribuição do instrumento seja por meio impresso ou eletrônico, seja por qualquer outro meio.
- Uso comercial do instrumento

Versão Brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children*  
para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos

### ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

#### Versão da Kiddle-Sads referente ao momento Presente e ao Longo da Vida (K-SADS-PL)

#### - Entrevista de Rastreamento -

Nome da criança: \_\_\_\_\_ N° do prontuário \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ N° do protocolo de pesquisa \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_ Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Data da entrevista (dia/ mês/ ano): \_\_\_\_\_

A K-SADS-PL foi adaptada da K-SADS-P (Versão de Episódio Presente), a qual foi desenvolvida por William Chambers, M.D. e Joaquim Puig-Antich, M.D. e revisada, posteriormente, por Joaquim Puig-Antich, M.D., e Neal Ryan, M.D. A K-SADS-PL foi escrita por Joan Kaufman, Ph.D., Boris Birmaher, M.D., David Brent, M.D., Uma Rao, M.D., e Neal Ryan, M.D.

A K-SADS-PL foi projetada para obter pontuação de gravidade de sintomatologia e avaliar história de transtorno psiquiátrico no momento presente e ao longo da vida, incluindo vários transtornos não pesquisados na K-SADS-P. Os autores da K-SADS-PL reconhecem a grande importância de vários outros instrumentos psiquiátricos estruturados e semi-estruturados existentes, para a estruturação deste instrumento, incluindo o KSADS-E (Orvachel & Puig-Antich), o SADS-L (Spitzer e Endicott), o SCID (Spitzer, Williams, Gibbon, e First), o DIS (Robins e Helzer), o ISC (Kovacs), o DICA (Reich, Shayka e Taibleson), e o DUSI (Tarter, Laird, Bukstein, e Kaminer). Diretrizes para a entrevista introdutória no início desse instrumento foram fornecidas por Michael Rutter, M.D. e Philip Graham, M.D. e modificações para a seção de transtornos de ansiedade foram fornecidas por Cynthia Last, Ph.D. Outros consultores incluem Oscar Bukstein, M.D., Walter Kaye, M.D., David Kolko, Ph.D., Rolf Loeber, Ph.D., William Pelham, Ph.D., David Rosenberg, M.D. e John Walkup, M.D. Os agradecimentos são extensivos a todos os colaboradores, assim como a Denise Carter-Jackson, pela digitação deste instrumento.

#### Seções Completadas:

Entrevista de Rastreamento: \_\_\_\_\_

Suplementos: N°1 \_\_\_\_\_ N°2 \_\_\_\_\_ N°3 \_\_\_\_\_ N°4 \_\_\_\_\_ N°5 \_\_\_\_\_

**SUMÁRIO**

Introdução	5
Informações Preliminares	10
Enurese	16
Encoprese	18
Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade	20
Transtorno de Oposição Desafiante	22
Transtorno de Conduta	24
Transtorno do Pânico	26
Transtorno de Ansiedade de Separação	27
Transtorno de Evitação/ Fobia Social	29
Agorafobias/ Fobias Específicas	32
Transtorno de Ansiedade Generalizada/ Ansiedade Excessiva	33
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	35
Transtornos do Tique	37
Transtornos Depressivos	38
Mania	44
Psicoses	46
Transtorno do Estresse Pós-Traumático	48
Anorexia Nervosa	56
Bulimia Nervosa	57
Uso de Cigarro	59
Uso / Abuso de Álcool	60
Uso / Abuso de Substâncias	62
Lista de Drogas	64
Escala de Avaliação Global da Criança (CGAS) <sup>1</sup>	65
Lista de Checagem dos Suplementos a Screen Completados	67

<sup>1</sup> Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrosini P, Fischer P, Bird H e Aluwahlia S. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*, 1983, 40: 1228-1231. O CGAS foi adaptado do *Global Assessment Scale for Adults* (Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrosini P, Fischer P, Bird H, Aluwahlia, S).

**Versão brasileira da Kiddie-SADS referente ao momento Presente e ao Longo da Vida (K-SADS-PL)  
- 6-18 anos -**

A K-SADS-PL é uma entrevista diagnóstica semi-estruturada projetada para avaliar episódios de psicopatologia, no momento atual e no passado, em crianças e adolescentes segundo os critérios do DSM-III-R e DSM-IV. Perguntas e critérios objetivos são fornecidos para pontuar cada um dos sintomas. Os diagnósticos principais avaliados pela K-SADS-PL são: Depressão Maior, Distímia, Mania, Hipomania, Ciclotímia, Transtornos Bipolares, Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Psicose Reativa Breve, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno de Evitação na Infância e Adolescência, Fobia Simples, Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada/de Ansiedade Excessiva, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno de Conduta, Enurese, Encoprese, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno Transitório de Tique, Transtorno de Tourette, Transtorno de Tique Vocal ou Motor Crônico, Abuso de Álcool, Abuso de Substância, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtornos de Ajustamento.

A K-SADS-PL é uma entrevista semi-estruturada. As perguntas incluídas no instrumento *não* têm que ser formuladas tal como redigidas. Antes de tudo, elas são fornecidas para ilustrar maneiras de obter as informações necessárias para pontuar cada item. O entrevistador deve sentir-se livre para adequar as perguntas ao nível de desenvolvimento da criança e usar a linguagem fornecida pelos pais ou criança, quando interrogados sobre sintomas específicos.

A K-SADS-PL é administrada entrevistando-se um dos pais(ou os dois), a criança e, finalmente, chegando a uma pontuação conclusiva, que inclua todas as fontes de informações (pais, crianças, escola, prontuário e outras). Quando administrado a pré-adolescentes entrevista primeiro os pais. Com adolescentes, inicie com eles. Quando houver discordância entre diferentes fontes de informações, o avaliador deverá usar seu melhor julgamento clínico. Informações discrepantes entre pais e crianças costumam ocorrer em relação a aspectos subjetivos como culpa, sentimento de desesperança, interrupção do sono, alucinações e ideação suicida. Em geral, os pais desconhecem certos sintomas e é a criança quem tem certeza da presença ou ausência deles. Se as discordâncias se relacionam a comportamentos observáveis (p.ex., matar aula, pôr fogo em coisas, apresentar rituais compulsivos), o examinador deve interrogar pais e criança sobre as informações discordantes. Se não for suficiente, é útil reunir pais e criança para discutir as razões da discordância. No final, o entrevistador é quem atribui as pontuações conclusivas segundo seu melhor julgamento clínico.

*As seguintes diretrizes devem ser usadas na codificação dos sintomas:*

1. *Diagnóstico atual:* Na pontuação do episódio atual (EA) dos transtornos, os sintomas devem ser pontuados em relação ao período de tempo em que, durante o episódio, eles foram mais graves. *Anote nas margens se e quando um determinado sintoma (p. ex., insônia) melhorou ou foi solucionado.*
2. *Transtornos tratados com medicamentos:* Na pontuação de transtornos tratados com medicamentos (p. ex., TDAH) use as pontuações para descrever a gravidade dos sintomas na sua maior intensidade anterior ao uso da medicação ou durante recesso da droga. *Anote nas margens os sintomas nos quais a medicação efetivamente atuou.*

- 6
3. *Diagnóstico do Passado:* Para um episódio ser considerado "Passado" ou "Solucionado", a criança deve ter ficado no mínimo dois meses sem os sintomas associados ao transtorno. Episódios pontuados na seção de transtornos no passado devem representar o episódio de maior gravidade ocorrido no passado (EMGP) do determinado transtorno.
  4. *Linha do Tempo:* Para crianças com história de transtornos episódicos ou recorrentes, é recomendado estabelecer uma linha de tempo para registrar o curso temporal do transtorno e facilitar a pontuação dos sintomas associados a cada episódio da doença.

No processo de fechamento da entrevista, um diagnóstico inicialmente considerado ser do "passado" pode revelar-se um diagnóstico atual em remissão parcial. Retificações na codificação da gravidade das pontuações atual e passada podem ser feitas após o término da entrevista.

A administração da K-SADS-PL requer a aplicação de 1) uma Entrevista Introdutória não estruturada; 2) uma Entrevista de Rastreamento para Diagnóstico; 3) a Lista de Checagem dos Suplementos a serem Completados; 4) os Suplementos Diagnósticos adequados; 5) a Folha de Resumo dos Diagnósticos, 6) a pontuação da Escala de Avaliação Global de Crianças (CGAS). De início, a K-SADS-PL é completada com cada informante separadamente e, após a síntese de todos os dados e o esclarecimento de informações discrepantes entre os informantes, são preenchidas as Folhas de Resumo dos Diagnósticos e a pontuação do CGAS. Se não houver nenhuma indicação de psicopatologia atual ou no passado, nenhuma investigação além da entrevista de rastreamento será necessária. Cada uma das fases da entrevista da K-SADS-PL é discutida brevemente abaixo.

*A Entrevista Introdutória Não Estruturada.* Esta seção da K-SADS-PL leva aproximadamente 10 a 15 minutos para ser completada. Nesta seção, dados demográficos, de saúde, queixas atuais e dados de tratamento psiquiátrico anterior são obtidos junto com informações sobre o funcionamento escolar da criança, *hobbies* e o relacionamento com a família e com os pais. O exame desses últimos tópicos é extremamente importante, porque ele oferece um contexto para avaliação dos sintomas referentes ao humor (depressão e irritabilidade), e obtém informação para avaliar a limitação funcional. Esta seção da K-SADS-PL deve ser usada para favorecer uma boa relação na conversa com os pais, com a criança e *nunca* deve ser omitida. A folha de registro das informações obtidas durante a entrevista introdutória encontra-se na página 67. Diretrizes detalhadas para conduzir esta entrevista estão nas páginas 8-9.

*A Entrevista de Rastreamento Diagnóstico.* A entrevista de rastreamento pesquisa os sintomas principais dos diferentes diagnósticos avaliados na K-SADS-PL. Perguntas específicas e critérios para pontuação são fornecidos para avaliar cada sintoma. *O avaliador não é obrigado a dizer as perguntas tal como escritas, ou usar todas as perguntas fornecidas, mas somente tantas quanto forem necessárias para pontuar cada item.* As perguntas devem ser tão neutras quanto possível e perguntas com indução de respostas devem ser evitadas (p.ex. "Você não se sente triste, não é?").

Os sintomas pontuados na entrevista de rastreamento são pesquisados, simultaneamente, para episódio atual (EA) e episódio de maior gravidade no passado (EMGP). Comece perguntando se a criança *alguma* vez teve o sintoma. Se a resposta é não, pontue o sintoma como negativo para episódio atual e no passado e vá para a próxima questão. Se a resposta é sim, procure saber quando o sintoma esteve presente. Se o sintoma é confirmado para um determinado período de tempo (p.ex., atualmente), pergunte se alguma vez ele esteve presente em algum outro momento (p.ex., no passado).

**NOTA DOS TRADUTORES:** Na entrevista de rastreamento e nos suplementos, **P** corresponde à pontuação baseada na informação dos Pais; **C** corresponde à pontuação baseada na informação da Criança; **R** corresponde à pontuação conclusiva baseada no resumo de todas as informações obtidas pelo entrevistador.

Os diagnósticos avaliados com a entrevista de rastreamento não têm que ser pesquisados na ordem apresentada. O entrevistador pode começar perguntando acerca dos diagnósticos relevantes sugeridos pela

informação da queixa apresentada obtida durante a entrevista não estruturada. Todas as seções da Entrevista de Rastreamento devem ser completadas. Muitos entrevistadores acham mais fácil seguir a seqüência do instrumento do começo ao fim.

Após os sintomas principais associados a cada diagnóstico serem pesquisados, critérios de avanço (*skip out criteria*) são fornecidos para os episódios do transtorno no momento atual e no passado. Um espaço é destinado para indicar se a criança atende os critérios de avanço, ou se a criança tem manifestações clínicas dos sintomas principais associados com diagnósticos específicos. Se a criança não atende critérios de avanço para alguns diagnósticos, os suplementos adequados devem ser administrados após a Entrevista de Rastreamento ser completada.

*Lista de Checagem dos Suplementos a Serem Completados.* A Lista de Checagem dos Suplementos a Serem Completados está na última página dessa Entrevista de Rastreamento. Ela deve ser destacada antes de se começar a entrevista. Os suplementos que necessitam ser completados devem ser assinalados nos espaços correspondentes e as datas de um possível episódio do transtorno no momento atual ou no passado devem ser registradas.

*Suplementos Diagnósticos.* A K-SADS-PL tem cinco suplementos diagnósticos:

- Suplemento Nº 1: Transtornos Afetivos
- Suplemento Nº 2: Transtornos Psicóticos
- Suplemento Nº 3: Transtornos de Ansiedade
- Suplemento Nº 4: Transtornos do Comportamento
- Suplemento Nº 5: Abuso de Substância e Outros Transtornos

Os diagnósticos pesquisados em cada um desses suplementos estão incluídos na Lista de Checagem dos Suplementos a Serem Completados e no Sumário de cada suplemento. O critério de avanço na Entrevista de Rastreamento determina quais os suplementos que devem ser completados. Cada suplemento tem uma lista de sintomas, perguntas e critérios para avaliar o episódio atual (EA) e o episódio de maior gravidade no passado (EMGP) dos transtornos. São fornecidos os critérios necessários para se fazer diagnósticos pelo DSM-III-R e DSM-IV.

Os suplementos devem ser administrados na ordem em que os sintomas dos diferentes diagnósticos apareceram. Por exemplo, se a criança tinha evidência de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) começando na idade de 5 anos, e um possível Transtorno de Depressão Maior (TDM) começando aos nove anos, o suplemento de TDAH deve ser completado antes do suplemento para TDM. Se a criança tinha uma história de dificuldade de atenção associada com TDAH, ao perguntar sobre dificuldades de concentração para avaliar TDM é importante descobrir se o início dos sintomas depressivos esteve associado com uma piora da dificuldade de concentração pré-existente. Se não houve mudança nos problemas de atenção com o início dos sintomas depressivos, o sintoma de dificuldade de concentração não deve ser pontuado positivamente no suplemento de TDM.

Quando o curso temporal dos transtornos se superpõe, os suplementos dos transtornos que podem influenciar o curso de outros transtornos devem ser completados primeiro. Por exemplo, se há evidência de uso de substância e uma possível Mania, o suplemento de abuso de substância deve ser completado primeiro, e deve ser tomado cuidado para avaliar a relação entre o uso de substância e os sintomas de Mania.

*Folha de Resumo dos Diagnósticos.* As informações dessa folha de resumo baseiam-se no conjunto dos dados obtidos a partir de todas as fontes. A Folha de Resumo permite registrar as seguintes informações para cada diagnóstico: presença ou ausência de episódio no passado ou atual; idade de início do primeiro episódio; idade de início do episódio atual; número total de episódios e soma do tempo de duração de todos os episódios. Informações referentes a tratamentos também são registradas na Folha de Resumo.

*Escala de Avaliação Global de Crianças (CGAS).* A pontuação do CGAS é realizada para estimar o nível de funcionamento geral das crianças no momento atual. Para crianças sem nenhuma história de problemas psiquiátricos em sua vida só a pontuação do CGAS referente ao momento atual é registrada. Para crianças com história de problemas psiquiátricos no momento atual ou no passado, duas pontuações do CGAS são registradas: (1) para criança com episódio atual, além da pontuação do CGAS no momento atual, também deve ser registrada uma pontuação do CGAS referente ao passado que estime o mais alto nível de funcionamento prévio da criança; 2) para criança com história anterior de problemas psiquiátricos, além da pontuação do CGAS no momento atual, também deve ser registrada a pontuação do CGAS no passado que estime o nível de funcionamento prévio da criança durante o episódio mais grave da doença.

*Pontuação.* A maioria dos itens na K-SADS-PL é avaliada usando uma escala de pontuação de 0-3. Pontuação 0 indica que nenhuma informação está disponível; pontuação 1 sugere que o sintoma está ausente; pontuação 2 indica nível de sintomatologia abaixo do limiar clínico; e pontuação 3 representa critério no limiar. Os itens restantes são pontuados numa escala de 0-2 na qual 0 representa nenhuma informação; 1 indica que o sintoma está ausente e 2 indica que o sintoma está presente. *Embora manifestações de sintomas abaixo do limiar não sejam suficientes para o diagnóstico de transtornos, em certos casos deve ser realizada uma investigação posterior mais aprofundada. Pontuação de sintomas psicóticos abaixo do limiar ou "clusters" de sintomas associados com um dado diagnóstico devem chamar a atenção do médico ou supervisor de pesquisa.*

\*\*\*\*\*

#### *Diretrizes para a Condução da Entrevista Introdutória Não Estruturada: Pacientes*

A entrevista não-estruturada deve levar de 10 a 15 minutos para ser aplicada. O objetivo da entrevista é estabelecer um *rapport*, obter informações sobre as queixas atuais, problemas psiquiátricos anteriores e o funcionamento global da criança. Usar alguns minutos iniciando a conversa com aspectos gerais é útil para deixar pais e crianças mais à vontade.

A entrevista se inicia com questões sobre aspectos sociodemográficos básicos. A maioria das pessoas se sente mais à vontade para falar sobre esses aspectos, e as informações ajudam o entrevistador a conhecer as circunstâncias de vida da criança. Dados da história do desenvolvimento e de saúde também devem ser obtidos, pois estas informações podem ser úteis para se fazer algum diagnóstico diferencial. Exemplos de perguntas para investigar as queixas atuais são delimitadas abaixo:

*Eu gostaria de conversar com você sobre o motivo que o trouxe aqui, pois só assim eu posso pensar em como ajudá-lo.  
O que seus pais lhe disseram para trazê-lo aqui?  
Para você, isso é um problema?  
O que isso lhe causa? Isso te aborrece?  
O que aconteceu, mais recentemente, para seus pais trazerem você aqui?  
Tem alguma coisa acontecendo com você que te está incomodando ou atrapalhando?  
Qual o principal motivo para você ter vindo?  
Quando você notou que estas coisas estavam acontecendo com você?*

*Se a criança fala pouco – Você pode me falar um pouco mais sobre isso?  
Se é difícil compreender o que ela diz – Você pode explicar o que você quer dizer com isto?  
Se a criança é vaga (lacônica) – Você pode me dar um exemplo de .....?  
Você tem algum outro problema?*

9

Ao conversar sobre início e curso dos sintomas, muitas crianças são incapazes de fornecer dados confiáveis acerca da época dos sintomas. Isso é normal do ponto de vista do desenvolvimento da criança. Se a criança não oferece tais dados na primeira vez, provavelmente ela não será capaz de fazê-lo de modo algum.

Ao entrevistar os pais modifique as perguntas feitas à criança.

Na entrevista introdutória e ao longo da K-SADS-PL os entrevistadores devem adequar-se à linguagem usada pela criança e/ou pelos pais quando perguntar sobre sintomas, empregando termos regionais ou expressões usuais à família.

Após investigar o motivo da consulta, obtenha informações sobre tratamentos anteriores. Depois pergunte sobre a adaptação escolar e o relacionamento social.

Ao entrevistar crianças não é necessário, e geralmente não é produtivo, tentar completar toda a entrevista introdutória. Recapitule dados sociodemográficos (p.ex. idade, série escolar, constituição familiar, nome dos irmãos e idades), motivo da consulta (com menos detalhes do que com os pais) e informações sobre família, adaptação escolar e relacionamento com crianças da mesma idade.

A conversa sobre esses últimos tópicos é extremamente *importante* porque ela favorece um contexto para se obter da criança informações sobre sintomas do humor (depressão e irritabilidade) e obter informações preliminares para avaliar a limitação funcional.

\*\*\*\*\*

#### *Entrevista Introdutória Não Estruturada: Não Pacientes*

Quando avaliar crianças que não são pacientes psiquiátricos, as perguntas sobre o motivo do encaminhamento devem ser omitidas na entrevista introdutória. No entanto, a abordagem para a entrevista introdutória é a mesma a ser seguida. A Folha de Registro da Entrevista Introdutória delinea os tópicos que devem ser pesquisados durante esta parte da avaliação.

## LISTA DE CHECAGEM DOS SUPLEMENTOS A SEREM COMPLETADOS

67

**ORIENTAÇÕES:** Marque as seções a serem completadas em cada suplemento.

Registre datas e/ou idades de início de cada um dos possíveis transtornos no passado ou no momento atual.

### SUPLEMENTO Nº 1: TRANSTORNOS AFETIVOS

- \_\_\_\_\_ Transtornos Depressivos – Atual
- \_\_\_\_\_ Transtornos Depressivos – Passado
- \_\_\_\_\_ Mania – Atual
- \_\_\_\_\_ Mania – Passado

### SUPLEMENTO Nº 2: TRANSTORNOS PSICÓTICOS

- \_\_\_\_\_ Psicoses – Atual
- \_\_\_\_\_ Psicoses – Passado

### SUPLEMENTO Nº 3: TRANSTORNO DE ANSIEDADE

- \_\_\_\_\_ Transtorno de Pânico – Atual
- \_\_\_\_\_ Transtorno de Pânico – Passado
- \_\_\_\_\_ Transtorno de Ansiedade de Separação - Atual
- \_\_\_\_\_ Transtorno de Ansiedade de Separação - Passado
- \_\_\_\_\_ Transtornos Fóbicos – Atual
- \_\_\_\_\_ Transtornos Fóbicos – Passado
- \_\_\_\_\_ Agorênfobia - Atual
- \_\_\_\_\_ Agorênfobia - Passado
- \_\_\_\_\_ Transtorno de Ansiedade Generalizada / Excesso de Ansiedade - Atual
- \_\_\_\_\_ Transtorno de Ansiedade Generalizada/ Excesso de Ansiedade – Passado
- \_\_\_\_\_ Transtorno Obsessivo-Compulsivo – Atual
- \_\_\_\_\_ Transtorno Obsessivo-Compulsivo – Passado
- \_\_\_\_\_ PTSD – Atual (na seção da entrevista de rastreamento)
- \_\_\_\_\_ PTSD – Passado (na seção da entrevista de rastreamento)

### SUPLEMENTO Nº 4: TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO

- \_\_\_\_\_ Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade - Atual
- \_\_\_\_\_ Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade - Passado
- \_\_\_\_\_ Transtorno de Oposição Desafiante - Atual
- \_\_\_\_\_ Transtorno de Oposição Desafiante - Passado
- \_\_\_\_\_ Transtorno de Conduta - Atual
- \_\_\_\_\_ Transtorno de Conduta - Passado

### SUPLEMENTO Nº 5: ABUSO DE SUBSTÂNCIA E OUTROS TRANSTORNOS

- \_\_\_\_\_ Abuso de Alcool - Atual
- \_\_\_\_\_ Abuso de Alcool - Passado
- \_\_\_\_\_ Abuso de Substância – Atual
- \_\_\_\_\_ Abuso de Substância - Passado
- \_\_\_\_\_ Bulimia - Atual
- \_\_\_\_\_ Bulimia - Passado
- \_\_\_\_\_ Anorexia Nervosa – Atual
- \_\_\_\_\_ Anorexia Nervosa - Passado
- \_\_\_\_\_ Transtornos de Tique - Atual
- \_\_\_\_\_ Transtornos de Tique – Passado

K-SADS-PL, versão 1.0, outubro de 1996.  
K-SADS-PL, versão brasileira adaptada pelos autores do manual em português original.

©1996, Kaufman, Birmaher, Brent, Rao & Ryan. Todos os direitos reservados.  
Junho de 2003, Israel, HFA & Hoshit, IAS.

**ENTREVISTA DIAGNÓSTICA  
- SUPLEMENTOS -**

**VERSÃO DA KIDDIE-SADS REFERENTE AO PRESENTE E AO LONGO DA VIDA  
(K-SADS-PL)**

**Versão 1.0  
(Outubro de 1996)**

**Versão Brasileira da  
*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children*  
para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos**

**FOLHA DE RESUMO DOS DIAGNÓSTICOS**

94

(a ser preenchida após o uso dos suplementos)

Nome: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

0 = Nenhuma informação  
1 = Ausente  
2 = Provável  
3 = Remissão Parcial  
4 = Presente

**Crítérios para Diagnóstico Provável**

1. Atende critério para os sintomas essenciais do transtorno
2. Atende todos menos um ou, no mínimo, 75% dos critérios restantes necessários para o diagnóstico, e
3. Evidência de limitação funcional

	Diagnóstico do episódio anterior	Idade no início do primeiro episódio	Diagnóstico do episódio atual	Idade no início do episódio atual	Soma do tempo de duração de todos os episódios (em meses)	Nº total de episódios
Transtorno Depressivo Maior*	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Traços Psicóticos	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Distímia	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno Depressivo SOE	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. de Ajustamento com Humor Depressivo	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Mania	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Hipomania	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Ciclotímia	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Bipolar SOE	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Bipolar I	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Bipolar II	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. Esquizoafetivo – Maníaco	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. Esquizoafetivo – Depressivo	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Esquizofrenia	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. Esquizofreniforme	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Psicose Reativa Breve	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Pânico	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Ansiedade de Separação	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Evitação da Infância	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Fobia Simples	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Fobia Social	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Agorafobia	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Ansiedade Excessiva	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Ansiedade Generalizada	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. de Estresse Pós-Traumático	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Estresse Agudo	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. de Ajustamento com Humor Ansioso	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Enurese	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Encoprese	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Anorexia Nervosa	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Bulimia Nervosa	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. do Déficit de Atenção/ Hiperatividade*	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Conduta*	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
Transtorno de Oposição Desafiante	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
T. de Ajustamento com Perturbação de Conduta	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____

**ANEXO 2**  
**ABEP**

## CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Para a classificação socioeconômica dos entrevistados, estamos utilizando o critério: ABIPEME. Este critério é baseado na soma de pontos, conforme segue.

Por favor, circule o grau de instrução do chefe da família, ou seja, da pessoa que traz renda para a família do paciente.

a) Instrução do chefe da família	ABIPEME
Analfabeto; primário incompleto; (não completou a 4. <sup>a</sup> série do ensino fundamental).	0
Primário completo; ginásial incompleto (não completou a 8. <sup>a</sup> série do ensino fundamental)	5
Ginásial completo; colegial incompleto (não completou a 3. <sup>a</sup> série do ensino médio)	10
Colegial completo; superior incompleto (iniciou, mas não terminou faculdade).	15
Superior completo	21

### Itens de conforto familiar - critério ABIPEME

Os pontos estão no corpo da tabela abaixo:

Itens de posse	Não tem	Quantidade possuída					
		1	2	3	4	5	6 e+
Automóvel	<input type="checkbox"/>	4	9	13	18	22	26
Televisor em cores	<input type="checkbox"/>	4	7	11	14	18	22
Banheiro	<input type="checkbox"/>	2	5	7	10	12	15
Empregada mensalista	<input type="checkbox"/>	5	11	16	21	26	32
Rádio (excluindo o do carro)	<input type="checkbox"/>	2	3	5	6	8	9
Máquina de lavar roupa	<input type="checkbox"/>	8	8	8	8	8	8
Vídeo cassete, DVD	<input type="checkbox"/>	10	10	10	10	10	10
Aspirador de pó	<input type="checkbox"/>	6	6	6	6	6	6
Geladeira comum ou com freezer	<input type="checkbox"/>	7	7	7	7	7	7

Os limites de classificação ficaram assim definidos:

Classes	Critério ABIPEME
A -	89 e +
B -	59/88
C -	35/58
D -	20/34
E -	0/19

**ANEXO 3**  
**URICA**

**URICA PARA 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 descreve 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, 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 trabalhando duro para mudar meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5
9. Eu tenho um problema	1	2	3	4	5

com as drogas e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.					
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 que 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. As vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
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

**ANEXO 4**  
**ACEITAÇÃO DO HOSPITAL**

*Convênio Uniandrade e Associação San Julian Amigos e Colaboradores*



*Orgulho de ser Uniandrade*

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CAMPOS DE ANDRADE - UNIANDRADE**

Mantenedora: ASSOCIAÇÃO DE ENSINO VERSALHES  
Aprovado pelo Parecer CNE/MEC 083/99 em 28/01/99.  
Decreto Presidencial de 11/02/99, publicado no  
DOU de 12/02/99

**TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA QUE ENTRE SI CELEBRAM O  
CENTRO UNIVERSITÁRIO CAMPOS DE ANDRADE E ASSOCIAÇÃO SAN JULIAN AMIGOS E  
COLABORADORES**

O Centro Universitário Campos de Andrade – UNIANDRADE, estabelecido à Rua João Scuissiato, nº1, Bairro Santa Quitéria, Curitiba - Paraná, Fone: (41) 3219-4267, mantido pela Associação de Ensino Versalhes, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ: 79.732.194/0001-70, email: ana.vogt@gmail.com, doravante denominado **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, representada pelo **Prof. José Campos de Andrade**, Cargo: **Reitor e pelo Responsável pela Administração** deste Convênio: **Prof. MSc. Ana Maria Cordeiro Vogt**; Cargo: **Diretora Geral**; e de outro lado o A Associação de San Julian estabelecido na rua Getúlio Vargas 1900, Bairro Centro, Piraquara, Estado do Paraná CEP 83.301.970; CNPJ/MF:070707350001-30 representado pelo **Dra. Affonso Antoniuk CPF 007 250 089-49** doravante denominada **UNIDADE CONCEDENTE**, celebram entre si este Convênio, estipulando as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA 1** – Este Convênio estabelece Cooperação Recíproca entre as partes, visando o desenvolvimento de atividades conjuntas capazes de proporcionar a plena operacionalização da Lei nº 11.788/2008 que regulamenta as atividades relacionadas ao **ESTÁGIO DE ESTUDANTES**, em que haja conectividade com a grade curricular, obrigatório ou não, entendido o **ESTÁGIO** como uma **ESTRATÉGIA DE PROFISSIONALIZAÇÃO**, instrumento de integração, treinamento prático, aperfeiçoamento técnico-cultural, científico e de relacionamento humano para os **ESTAGIÁRIOS**.

**CLÁUSULA 2** – À **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** caberá:

- a) Promover o ajuste das condições de **ESTÁGIO**, conciliando os requisitos mínimos exigidos pela **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** com as condições/disponibilidades da **UNIDADE CONCEDENTE**, explicitando as principais atividades a serem desenvolvidas pelo **ESTAGIÁRIO**, observando sua compatibilidade com o **Contexto Básico da Profissão** ao qual o **Curso** se refere.
- b) Cadastrar **ESTUDANTES**, candidatos a **ESTÁGIO**.
- c) Divulgar junto a seus **ESTUDANTES**, as oportunidades de **ESTÁGIO** ofertadas pela **UNIDADE CONCEDENTE**.
- d) Convocar os **ESTUDANTES** interessados e em condições de usufruírem as oportunidades de **ESTÁGIO**.
- e) Encaminhar à **UNIDADE CONCEDENTE** os **ESTUDANTES** que se identificarem com as respectivas oportunidades de **ESTÁGIO**.
- f) Firmar o **TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO**, desde que em absoluta conformidade com a Lei nº 11.788/2008.
- g) Receber e analisar os relatórios periódicos de acompanhamento fornecidos pelos **ESTAGIÁRIOS**.
- h) A Instituição de Ensino poderá fornecer em contra partida, uma bolsa de estudos, para cada cinquenta alunos em campo de estágio, em qualquer um dos cursos de graduação ou pós-graduação (*lato sensu*) oferecidos, somente a funcionários da **CONCEDENTE**, desde que indicado por escrito pelo responsável do presente convênio, até 30 (trinta) dias antes do início das aulas.
- i) Contratar **SEGURO CONTRA ACIDENTES PESSOAIS** em favor do (a) **ESTUDANTE**, na forma do inciso IV do art. 9º da Lei 11.788/2008, nos casos de estágio obrigatório.

Convênio Uniandrade e Associação San Julian Amigos e Colaboradores

**CLÁUSULA 3** - À UNIDADE CONCEDENTE caberá:

- a) Fornecer a quantificação das oportunidades de **ESTÁGIO** com a identificação dos respectivos **Cursos**.
- b) Selecionar conforme normas internas da **UNIDADE CONCEDENTE** os **ESTUDANTES** encaminhados, e enviar o **TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO** à **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** através do próprio estagiário admitido.
- c) Proporcionar ao **ESTUDANTE** aprendizagem social, profissional e cultural, compatível com o respectivo curso, estabelecendo atividades dentro (e somente dentro) do Contexto Básico da Profissão, e designando profissional competente para a supervisão e orientação de tais atividades;
- d) Proporcionar à **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, sempre que necessários subsídios que possibilitem o acompanhamento, a supervisão e a avaliação do **ESTÁGIO**;
- e) Comunicar imediatamente à **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** quaisquer irregularidades relativas ao **ESTÁGIO**.
- f) Comunicar à **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, quando for o caso, o desligamento do **ESTAGIÁRIO** antes da data prevista no **ACORDO DE COOPERAÇÃO** e **TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO**.
- g) Proporcionar à **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, sempre que necessário, subsídios que possibilitem o acompanhamento, a supervisão e a avaliação do **ESTÁGIO**.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A **UNIDADE CONCEDENTE** poderá oferecer ao(a) **ESTAGIÁRIO(A)** uma bolsa de complementação educacional ou qualquer outro benefício, cujo pagamento lhe será feito diretamente e com base no total mensal de horas estagiadas.

**CLÁUSULA 4** - Os **ESTÁGIOS** que vierem a ser realizados ao abrigo do presente Convênio, **não acarretarão vínculo empregatício de qualquer natureza** com a **Unidade Concedente**, conforme dispõe o Artigo 3º da Lei nº 11.788/08.

**CLÁUSULA 5** - O presente Convênio terá vigência por 12 meses, podendo ser denunciado a qualquer tempo, por qualquer uma das partes, mediante comunicado por escrito, com antecedência de **trinta (30) dias**.

**CLÁUSULA 6** - As Partes não poderão estar representadas por Agentes de Integração, conforme proibição expressa do artigo 16 da Lei nº 11.788/2008.

**CLÁUSULA 7** - De comum acordo as partes elegem o foro da Cidade de Curitiba-Paraná, para dirimir qualquer dúvida ou litígio que se originar do presente Convênio.

E, por estarem de pleno acordo com os termos deste Convênio, subscrevem em **vias (3) vias** de igual teor e forma as partes e testemunhas, para que se produzam todos os efeitos legais.

Curitiba, 25 de junho de 2014.

Profa. MSc. Ana Maria Cordeiro Vogt  
INSTITUIÇÃO DE ENSINO

(coordenadora mestrado)

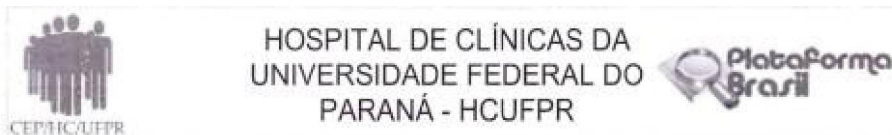
Márcia dos Santos Barão  
Advogada - OAB/PR 15.274

UNIANDRADE  
CURITIBA - PR

Dra. Afonso Antoniuk  
Representante

Nome: **MARIA CECÍLIA B. CORREIA**  
RG: **6 967 262-0**

**ANEXO 5**  
**COMITE DE ÉTICA**



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IMPACTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES COM TRANSTORNO RELACIONADO AO USO DE SUBSTÂNCIAS NO MUNICÍPIO DE ITANHAÉM - SP

**Pesquisador:** Maria Cecília Beltrame Carneiro

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 16882613.0.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 430.507

**Data da Relatoria:** 17/09/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo clínico sobre um modelo de intervenção, a Entrevista Motivacional, para adolescentes com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. O projeto pretende incluir 40 adolescentes, ambos os sexos, durante um processo de 6 entrevistas que abrangem a aplicação de questionários, sessões de intervenção e reavaliação. São previstas ainda consultas de acompanhamento 1 e 3 meses depois da intervenção.

#### Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem por objetivo avaliar a eficácia da entrevista motivacional no tratamento de adolescentes de 12 a 18 anos, com transtorno relacionado ao uso de substâncias, que buscarem os serviços públicos (CAPSI), em Itanhaém (SP).

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão avaliados no projeto.

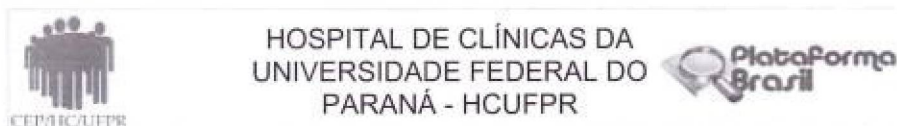
#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A autora corrigiu o TCLE de acordo com as solicitações.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está adequado.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - HCUFPR

Continuação do Parecer: 430.507

**Recomendações:**

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendência atendida adequadamente.  
Projeto pode ser considerado aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

CURITIBA, 21 de Outubro de 2013

Assinador por:  
**Renato Tambara Filho**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: osp@hc.ufpr.br

## PRODUÇÃO ACADÊMICA

## IMPACTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS POR TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Maria Cecília Beltrame Carneiro<sup>1</sup>, Cleverson Higa Kaio<sup>1</sup>, Elke Fabíola Nery Oliveira Fernandes<sup>1</sup>, Gustavo Manoel Schier Dória<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pesquisador clínico no programa de pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente no setor de ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR- Brasil.

<sup>2</sup> Professor do Departamento de Psiquiatria de Medicina Forense da Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR- Brasil.

### RESUMO

O uso de substâncias lícitas e ilícitas é presente na sociedade há vários séculos e a adolescência é um período de vulnerabilidade para uso e desenvolvimento do transtorno por uso de substâncias (TUS). Por isso, o interesse em políticas públicas e pesquisas em relação aos métodos mais efetivos na prevenção e tratamento do (TUS) nesta faixa etária vem aumentando. O presente estudo visou comparar o nível de prontidão dos adolescentes para mudança de comportamento antes e após a aplicação da entrevista motivacional (EM) e seus desfechos após a alta. O diagnóstico de TUS foi avaliado através da Entrevista Diagnóstica *Kiddie-Sads* (K-SADS-PL), a Versão Brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos – seção abuso de substâncias e dependência química, a motivação foi mensurada pela escala URICA (*Rhode Island Change Assessment Questionnaire*) e a Entrevista Motivacional foi baseada nos estudos de Miller e Rollnick e no projeto CYT (*Cannabis Youth Treatment*) em 6 sessões. A amostra total foi constituída de 30 adolescentes que estavam no primeiro internamento psiquiátrico integral para tratamento do TUS, sexo masculino, brancos, afrodescendentes e pardos, com idades entre 12 e 17 anos e 11 meses. O estudo constituiu-se em ensaio clínico randomizado sem cegamento, e os adolescentes foram divididos nos grupos de intervenção e de controle. A média de idade dos adolescentes foi de 15,8 anos (IC 95%=DP 15,0 – 16,6) para o grupo EM e 16,5 anos (IC 95%=DP 15,7 – 17,4) para o grupo controle e a maioria pertencia às classes sociais C e D (80%). Observou-se baixa escolaridade: 83,3% não haviam terminado o ensino fundamental, 80% repetiram pelo menos um ano e 83,3% haviam interrompido seus estudos. Os jovens desta amostra residiam com famílias monoparentais (63,3%) e 73,3% deles apresentaram parentes com problemas por uso de substâncias. Os principais diagnósticos obtidos nesta amostra de adolescentes com TUS foram de dependência química de maconha (50%), uso de tabaco (83,3%) e abuso de álcool (20,0%) e prevalência importante de comorbidades psiquiátricas (80%); os principais transtornos associados foram o Transtorno de Conduta (50%) e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (43,3%). Os resultados da aplicação da EM mostraram que os dois grupos avançaram da escala de pré-contemplação para a de contemplação após o internamento. No grupo EM houve diferença significativa no

nível de prontidão nas subescalas de pré-contemplação e ação ( $p < 0,01$ ), bem como mudanças em relação à manutenção do tratamento, da abstinência e o retorno escolar em maior porcentagem no grupo da intervenção. Este estudo concluiu que houve mudanças significativas após a intervenção, indicando a importância de avaliação e de tratamento que levem em conta as características desta população, também considerando intervenções de baixo custo.

**Palavras-chave:** Adolescente hospitalizado. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Entrevista Motivacional.

## ABSTRACT

The use of licit and illicit substances is present in our society for centuries and adolescence is a period of vulnerability to substance use and development of substance use disorder (SUD). Therefore, the interest in public policies and researches regarding the most effective methods in prevention and treatment of SUD in this age group has been increasing. This study aimed comparing the readiness to change of teenagers before and after the application of motivational interviewing (MI) and their outcomes after discharge. The SUD diagnosis was assessed by the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children – section abuse and dependence of substances, the motivation to change was measured by the URICA scale (Rhode Island Change Assessment Questionnaire) and Motivation Interviewing was based on studies of Miller and Rollnick and CYT Project (Cannabis Youth Treatment) in 6 sessions. The total sample consisted of 30 adolescents, who were in their first psychiatric hospitalization for treatment of SUD, males, white, African Americans and mixed race, aged 12 and 17 years and 11 months. The study consisted in an open randomized clinical trial, and adolescents were divided into intervention and control groups. The average age of the sample was 15,8 years (IC 95% =DP 15,0 – 16,6) in MI group and 16,5 years (IC 95% =DP 15,7 – 17,4) in control group and the majority belonged to social classes C and D (80%). Low educational level was observed: 83,3% had not finished elementary school, 80% have repeated at least one year and 83,3% had discontinued their studies. The sample of this study lived with single-parent families (63,3%) and 73,3% of them had relatives with substance use problems. The main diagnosis of adolescents with SUD were marijuana dependence (50%), tobacco use (83,3%) and alcohol abuse (20,0%); high prevalence of comorbid mental disorders was found (80,0%), the most associated were the conduct disorder (50%) and hyperactivity and attention deficit disorder (43,3%). The results of MI application showed that both groups proceeded from pre-contemplation subscale to contemplation subscale after treatment. MI group showed significant changes in pre-contemplation and action subscales ( $p < 0,01$ ), as well as changes regarding motivation to maintain treatment after discharge, abstinence and school frequency in greater percentage than in control group. This study concluded that there were considerable changes after the intervention, indicating the importance of assessment and treatment that considers the characteristics of this population and considering effective low-cost interventions.

**Keywords:** Adolescent, hospitalized. Substance-Related Disorders. Motivational Interviewing.

## INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcado por inúmeras transformações físicas e psicológicas. No entanto, também é o período da vida que mais suscita preocupações quanto ao consumo de substâncias psicoativas (MUZA *et al.*, 1997) que podem trazer sequelas irreversíveis para o adolescente, se estendendo para a vida adulta. O consumo de drogas nesta fase pode trazer sérias consequências para o desenvolvimento, afastando o jovem de atividades importantes que estimulem seu desenvolvimento cognitivo e emocional. (PECHANESKY; SZOBOT; SCIVOLETTO (2004). Por exemplo, Sampl e Kadden (2001) constataram que adolescentes usuários de *cannabis* apresentaram maiores taxas de evasão escolar, idas a emergências de hospitais, infrações à lei, comorbidades psiquiátricas e problemas de comportamento, comparados a adolescentes que não usam *cannabis*.

No Brasil e no mundo são poucos os estudos que abordam a utilização da Entrevista Motivacional (EM) como uma intervenção eficaz de tratamento na abordagem de adolescentes com transtorno por uso de substâncias (TUS). A utilização de técnicas terapêuticas concisas e de curta duração, classificadas em intervenções e terapias breves (IB), tem se tornado uma parte cada vez mais importante no espectro de cuidados disponíveis para o tratamento de problemas relacionados ao uso de substâncias.

A EM se diferencia de outros tratamentos pois seu propósito não é fornecer informações ou habilidades, mas enfatizar e explorar a motivação intrínseca do paciente com relação a comportamentos saudáveis, dando suporte à sua autonomia. (BARNETT *et al.*, 2012). Teoricamente a EM parece servir às necessidades no desenvolvimento dos adolescentes, para que exerçam sua independência e façam decisões por eles mesmos. (BAER; PETERSON, 2002). Além disso, as intervenções breves e precoces podem promover a diminuição de consequências negativas do uso de drogas, além de aumentar a probabilidade de o sujeito não desenvolver dependência por substâncias químicas. (MASTERMAN; KELLY, 2003; STEPHENS *et al.*, 2004).

A adolescência é um período crítico para a maturação neurobiológica. Estudos de neuroimagem indicam mudanças progressivas e regressivas no volume de regiões específicas do cérebro, enquanto o volume total não se altera. (YURGELUN-TODD, 2007). Os períodos do desenvolvimento cognitivo ocorrem de acordo com as mudanças gradativas na qualidade do pensamento, refletindo no desenvolvimento

global. Assim, a partir dos 12 anos o processo de desenvolvimento do pensamento formal passa por transformação drástica: na fase pré-pubere as operações mentais se dão por situações concretas, passando ao longo do tempo a desenvolver a lógica formal. Este período, que começa a se estabelecer por volta dos 12-15 anos, é caracterizado pela construção de habilidade de formular conteúdos abstratos, e também se torna capaz de fazer uma análise combinatória para resolver um problema específico (PIAGET, 1972). Relacionando este processo com o uso de drogas nesta faixa etária, quanto mais o adolescente estiver adentrando nesse estágio de desenvolvimento cognitivo, mais fácil será abordar a questão da ambivalência em interromper o uso e discutir planos possíveis para a mudança de comportamento. (NAAR-KING;SUAREZ, 2011).

Há um contínuo processo de maturação emocional, intelectual e comportamental, e evidências consideráveis de que a segunda década de vida é um período de grande atividade, no que diz respeito às estruturas cerebrais e suas funções, especialmente nas regiões e sistemas associados à resposta inibitória, à calibração de risco e recompensa e à regulação das emoções, que ocorrem no PFC ventro medial. (STEINBERG, 2005). Parte importante deste processo são as mudanças em relação à motivação e à excitação, que ocorrem antes dos mecanismos intracerebrais que os regulam, criando uma disjunção entre as experiências afetivas do adolescente e sua habilidade de regulá-las. (DAHL, 2001). Na puberdade ocorre a reestruturação principalmente do córtex pré-frontal (PFC), concomitante ao aumento de conectividade desta região com outras áreas do cérebro. Além disso, também ocorre substancial poda sináptica e mielinização nas áreas corticais, principalmente frontais, a fim de eliminar conexões neurais desnecessárias. Estes eventos são fundamentais para o processamento de informações e funções executivas mais eficazes (SOWELL, 2004), principalmente relacionados com planejamento a longo prazo, metacognição, autoavaliação, autorregulação e coordenação do afeto e da cognição, ligadas às atividades do PFC dorsolateral. (VUONTELA *et al.*, 2003).

Sugere-se que, estando o neurodesenvolvimento ainda em fase de maturação neste período, o cérebro seja mais suscetível aos efeitos deletérios das drogas. Estudos em humanos já sugerem que essa vulnerabilidade pode ocorrer com o uso extenso de álcool na adolescência, tanto nos efeitos agudos como os de longo prazo, alterando a performance nas habilidades verbais, não-verbais e visuo-espacial. (BROWN *et al.*, 2000).

A literatura científica mostra que o primeiro contato com substâncias ocorre com frequência na adolescência, fase de maior vulnerabilidade biopsicossocial. Assim, é importante estudar as peculiaridades do uso de substâncias neste período, identificando os fatores de risco e de proteção. (MUZA *et al.*, 1997). Também o uso precoce de drogas é um fator de risco importante para o desenvolvimento de um TUS, levando a um nível de uso grave e altas taxas de morbidade. (ANTHONY; PETRONIS, 1995). O TUS é o quarto transtorno mental mais prevalente entre os adolescentes, e dentre as substâncias, o álcool é a mais consumida. (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; MERIKANGAS *et al.*, 2011). É um transtorno psiquiátrico que apresenta complexa etiologia multifatorial e todos os fatores estão interrelacionados entre si. (SLOBODA; GLANTZ; TARTER, 2012).

Quanto mais cedo o contato com tabaco ou álcool, maior a chance de desenvolvimento de TUS destas substâncias e de uso de drogas ilícitas associado Pechansky (1998); Fuhr e Gmel (2011) e maior a associação com comportamentos de risco e taxas de mortalidade na vida adulta. (DÍEZ *et al.*, 1998). Geralmente a progressão para o uso de outras substâncias se dá ao longo do uso de tabaco, álcool e *cannabis*. (OLTHUIS; DARREDEAU; BARRETT, 2013). O uso de drogas também afasta o adolescente das atividades importantes esperadas para a faixa etária e interfere no desenvolvimento de habilidades para lidar com emoções. (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004). Percebe-se, então, que o uso constante e a experimentação vêm aumentando e, portanto, conhecer os padrões de uso e a população atingida auxiliam no delineamento de indicadores e no planejamento de medidas de intervenções mais eficazes.

No Brasil, estudos vêm identificando a prevalência e o padrão de uso de álcool e drogas entre estudantes de ensino médio e fundamental. Por exemplo, entre 1986 e 2010, em pesquisa conduzida em dez capitais brasileiras, houve diminuição dos alunos das escolas públicas relatando o uso na vida de inalantes e grande aumento de números de alunos relatando o uso de maconha; entretanto, de 2005 para 2010 o uso de maconha apresentou diminuição. Também é relevante que, neste espaço de 23 anos (1986 para 2010), o número de alunos relatando uso na vida de anfetaminas diminuiu, com um correspondente aumento do uso de cocaína. (CARLINI *et al.*, 2010).

A EM foi desenvolvida por Miller e Rollnick (2001) e visa a auxiliar o sujeito nas mudanças dos comportamentos disfuncionais em relação ao uso de substâncias. Os autores descreveram o processo como uma intervenção centrada no paciente, através

de método diretivo para aumentar a motivação intrínseca para mudar, explorando e resolvendo a ambivalência. É característico da EM sua proposta individualizada e adequada para cada estágio de prontidão para mudança, a fim de aumentar a adesão ao tratamento e prevenir recaídas em pacientes considerados dependentes, tais como encontrado em transtornos alimentares, tabagismo, jogo patológico, dependência de substâncias psicoativa e até mesmo na promoção de saúde e bem-estar.

O terapeuta deve guiar sua intervenção de acordo com os seguintes princípios (MILLER; ROLLNICK, 2001): expressar empatia, desenvolver a discrepância, evitar a argumentação, acompanhar a resistência e estimular a autoeficácia. Também fazem parte o *feedback*, oferecer ajuda ativa, oferecer escolhas e aconselhar. (BURKE; ARKOWITZ; MENCHOLA, 2003). A motivação para mudar ocorre quando o indivíduo consegue desenvolver a discrepância entre seu comportamento atual e seus objetivos futuros. (SMEDSLUND *et al.*, 2011).

O modelo utilizado para identificar como ocorre a mudança foi desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982) os quais descreveram a prontidão para mudança como estágios motivacionais nos quais o indivíduo transita de forma não linear, a saber: pré-contemplação, contemplação, ação, manutenção e recaída. Na pré-contemplação o indivíduo não tem a intenção de mudar seu comportamento problema e dificilmente procura ajuda, e quando o faz é motivado por outras situações, como por exemplo, encaminhamento judicial. (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005). O indivíduo considera como possível a mudança no estágio de contemplação, mas ainda ambivalente entre mudar ou não seus comportamentos. Já no estágio de ação ocorre a mudança por um período de tempo e na manutenção o indivíduo está com o comportamento estável e procura-se evitar a recaída. As motivações pessoais para mudar sofrem influência de uma série de variáveis internas como a genética e aspectos da personalidade, e externas, como fatores sociais. (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Avaliar a motivação para mudança, independente da intervenção utilizada é um aspecto importante a fim de elaborar a melhor técnica a ser utilizada com cada indivíduo. (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). A fim de mensurar em qual estágio de mudança a pessoa se encontra, pesquisadores desenvolveram um instrumento conhecido como URICA (*Rhode Island Change Assessment Questionnaire*). Esta escala é constituída por 24 itens, com subdivisões em 4 subsescalas, cada uma com 6 itens: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. As análises estatísticas evidenciaram uma boa consistência interna da escala (coeficiente alfa de

Cronbach = 0,657) e com bons resultados psicométricos. (SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008).

Os adolescentes são os pacientes mais difíceis de trabalhar em ambiente terapêutico. Muitas vezes chegam sem motivação ao local de tratamento, sendo um desafio para os terapeutas, como os que vem encaminhados pela escola ou família. No caso dos que iniciam um tratamento por ordem judicial, por cometerem algum delito, a motivação pode ser mínima. (LINCOURT; KUETTEL; BOMBARDIER, 2002). Alguns outros fatores inerentes a esta faixa etária também podem contribuir para a falta de motivação, tais como: prejuízos na escola, na família, envolvimento com atos infracionais e gravidade do TUS, este último, muitas vezes se instala pela falta de intervenção neste período, cronificando o quadro durante a vida adulta. (MUCK *et al.*, 2001; DENNIS *et al.*, 2004). Assim a EM pode ser útil, aumentando as chances de motivação para o tratamento em pacientes com menor chance de sucesso terapêutico. (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005).

Um dos primeiros estudos da aplicação da EM na adolescência foi de Colby *et al.* (1998), com 85 adolescentes tabagistas em emergência hospitalar, utilizando uma sessão de EM e após 3 meses das intervenções constatou maior motivação para parar de fumar e menores níveis de metabólitos de nicotina. Monti *et al.* (1999) aplicaram a EM com adolescentes usuários de álcool, obtendo desfecho positivo com diminuição no uso, no envolvimento com problemas no trânsito e outras consequências negativas pelo uso, avaliadas num seguimento após 6 meses.

Na primeira meta-análise sobre o tema, com 21 estudos, notou-se que a maioria deles (61,9%) consistia em aplicar apenas uma sessão da EM, em 80% realizado de forma isolada e com *follow up* inferior a 6 meses. Mesmo assim a EM produziu um tamanho de efeito pequeno, mas significativo no desfecho do uso de várias substâncias, além de proporcionar um melhor custo benefício na intervenção com adolescentes de amostra comunitária, em relação a tratamento mais intensivos. (JENSEN *et al.*, 2011). Adolescentes com TM internados para tratamento e com TUS secundário também apresentaram mudança em relação ao conhecimento sobre substâncias. (GOTI *et al.*, 2010).

Baseado nestas evidências, o objetivo do presente estudo foi avaliar a efetividade da entrevista motivacional no tratamento de adolescentes, do sexo masculino e internados para tratamento por TUS.

## MÉTODOS

### PARTICIPANTES E LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi conduzido no Hospital de Neuropsiquiatria San Julian, localizado na cidade de Piraquara - Paraná, que faz atendimento ambulatorial e de internação integral a adolescentes e adultos com TUS, no período de outubro de 2014 a novembro de 2015. Constituíram os critérios de inclusão: adolescentes do sexo masculino internados no hospital, com idade de 12 anos a 17 anos e 11 meses, que estivessem em seu primeiro internamento integral, com Diagnóstico de dependência de substâncias, aptos física e mentalmente a participarem da entrevista e aplicação da escala.

Como critérios de exclusão foram considerados: o sujeito ou familiares que oferecessem respostas que não fossem confiáveis ou que não fornecessem informações suficientes para as análises da pesquisa, o adolescente que apresentasse qualquer doença física ou mental que o impossibilite a participar.

### PROCEDIMENTOS

Os seguintes instrumentos foram utilizados: anamnese psiquiátrica, entrevista Diagnóstica *Kiddie-Sads* (K-SADS-PL) - seção abuso e dependência química, a motivação foi mensurada pela escala URICA (*Rhode Island Change Assessment Questionnaire*) e a entrevista Motivacional foi baseada nos estudos de Miller e Rollnick (2001) e no projeto CYT (*Cannabis Youth Treatment*) (DIAMOND *et al.*, 2002) em 6 sessões.

Os adolescentes e seus familiares que participaram da pesquisa foram recrutados aleatoriamente nos dias de visita e estavam na primeira semana de tratamento. Os pais assinaram o termo de consentimento e foram submetidos à entrevista, à aplicação do K-SADS-PL e da classificação socioeconômica. Os adolescentes foram abordados para assinatura do termo de assentimento, aplicação da mesma entrevista, KIDS SADS e escala URICA no primeiro encontro. Cada encontro teve duração média de 50 a 60 minutos.

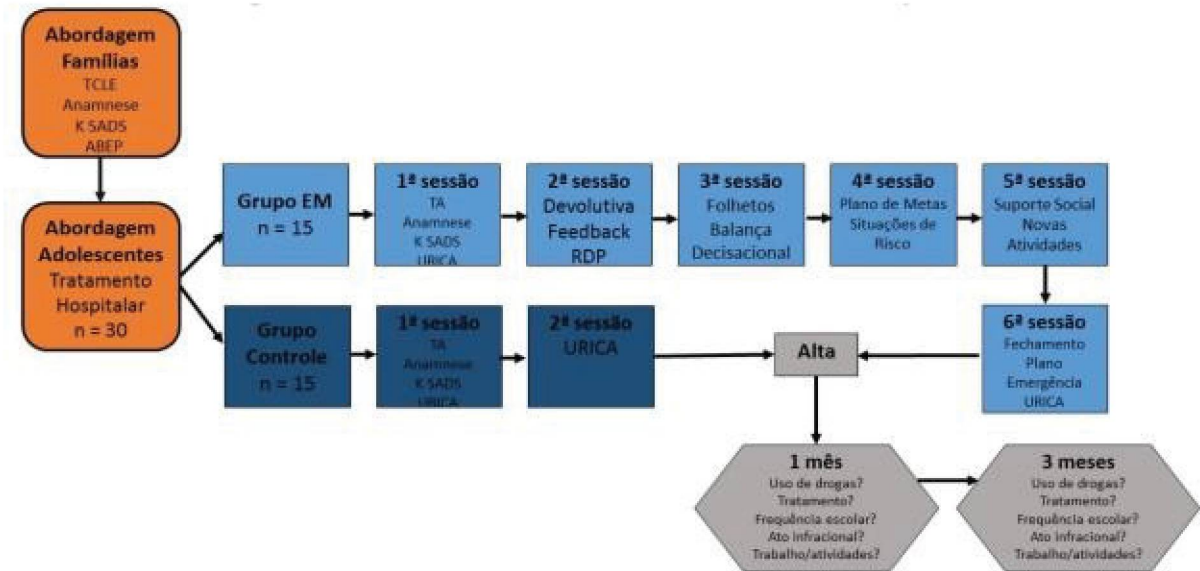
Na segunda sessão desta etapa, a finalidade foi dar a devolução da avaliação inicial, para que o adolescente obtivesse informações sobre os prejuízos causados pelas drogas. A devolução foi baseada no princípio do *feedback*, e teve por objetivo

fornecer informações claras e desprovidas de julgamentos morais sobre a avaliação realizada. Também foi utilizada a técnica de Registro de Pensamento Disfuncional (RPD) (LUZ JR., 2004), que consiste em registrar pensamentos e sentimentos disfuncionais de acordo com situações ou circunstâncias, neste estudo, relacionados ao ato de consumir substâncias. Na sessão três, foram trabalhadas informações sobre o uso de drogas, a partir de investigação do conhecimento prévio do jovem sobre drogas e folhetos explicativos sobre os efeitos das mesmas (SENAD, 2001; 2002a, b; 2003; 2004). Também foi aplicada a técnica da Balança Decisacional (KNAPP; LUZ JR.; BALDISSEROTTO, 2001): primeiramente, o adolescente apontou as vantagens que ele percebia em sua vida cotidiana em continuar usando determinada substância; na coluna ao lado, enumerou as desvantagens em continuar usando. O objetivo da sessão, neste momento, foi ajudar o adolescente a concluir que, geralmente, há mais desvantagens na continuação do uso do que em sua descontinuação. O uso da balança decisacional mostrou a melhor associação em mudanças comportamentais em estudos que utilizaram a EM. (APODACA; LONGABAUGH, 2009).

Na sessão quatro, o tema abordado foi o Plano de Metas (MILLER; ROLLNICK, 2001), para que o terapeuta ajudasse o adolescente a identificar quais seriam os possíveis obstáculos para alcançar seus planos, e como ele poderia fazer para obter êxito. Na mesma sessão, foi realizado o Treinamento de Situações de Risco segundo Diamond *et al.* (2002), com objetivo de desenvolver habilidades para situações inesperadas que poderiam ocorrer quando cessado o tratamento, aumentando o repertório de comportamentos adaptativos em situação de possível recaída.

Na sessão cinco, o objetivo foi discutir sobre a substituição da droga por atividades prazerosas e o suporte social. Na última sessão desta etapa, foi realizado o fechamento do processo, o planejamento de situações de emergências que pudessem ocorrer e a reaplicação da escala URICA. Após um mês da data de alta a pesquisadora entrou em contato telefônico com os responsáveis pelo paciente ou com o próprio. Neste contato foram colhidas informações sobre recaída ou não no uso de drogas, retorno escolar, manutenção do tratamento, envolvimento em atos infracionais e ocupação laboral ou atividades de lazer/esportes. Novamente, após três meses da data de alta, foi realizado novo contato telefônico seguindo o mesmo método (Figura 1).

FIGURA 1 - PROCEDIMENTOS DA PESQUISA



FONTE: O autor (2016)

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos (HC-UFPR) - CAAE: 16882613.0.0000.0096 e pela diretoria do Hospital de Neuropsiquiatria San Julian. Foi assegurado para o adolescente, assim como para seus familiares, que a participação na pesquisa não iria interferir no andamento do tempo de internamento dentro do hospital nem nas decisões da equipe acerca do tratamento, pois as informações obtidas seriam de caráter confidencial. A pesquisadora assegurou que o caráter anônimo dos pacientes seria mantido e que suas identidades seriam protegidas de terceiros não autorizados. As fichas clínicas ou outros documentos não foram identificados pelo nome, mas por um código e os documentos foram mantidos em sigilo.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Trata-se de um ensaio clínico controlado, não randomizado, sem cegamento. Os dados obtidos pela pesquisadora foram registrados no instrumento de coleta de dados, digitados em planilha eletrônica (*Microsoft Excel®*), conferidos e exportados para posterior análise estatística (*Statistica - Statsoft®*).

As medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas estão expressas em médias e desvio-padrão, para as variáveis simétricas e em medianas e amplitude para as assimétricas. As variáveis categóricas estão expressas em frequência absoluta e relativa.

A estimativa da diferença entre médias entre os grupos de estudo, para variáveis de distribuição contínua, simétrica e grupos independentes foi realizada pelo teste t de *Student* e para as de distribuição assimétrica pelo teste de Mann-Whitney. A estimativa de diferença do escore URICA antes e depois da intervenção foi estudada por Análise da Variância para medidas repetidas.

A estimativa da diferença entre frequências foi realizada pelo teste exato de Fisher e teste Qui-Quadrado de Pearson para as variáveis categóricas nominais e teste Qui-Quadrado para tendências lineares para variáveis ordinais.

Para todos foram utilizados testes bicaudais, considerando que as diferenças podem estar distribuídas para ambos os lados da curva, com nível de significância mínimo de 5%.

## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA ESTUDADA

Constituíram a amostra final deste estudo 30 adolescentes hospitalizados com TUS, todos do sexo masculino e com média de idade de 15,8 anos (IC 95%=DP 15,0 – 16,6) para o grupo EM e 16,5 anos (IC 95%=DP 15,7 – 17,4) para o grupo controle. Em relação à raça, 53,3% de cada grupo eram brancos, 33,3% do grupo EM e 46,7% do grupo controle eram pardos e apenas 13,3% do grupo EM eram negros. Quanto à procedência 26,7% do grupo EM eram naturais de Curitiba e 20% do grupo controle, 60% do grupo EM e 33,3% do grupo controle eram da região metropolitana, e 13,3% do grupo EM e 46,7% do grupo controle moravam no interior ou litoral. Na tabela 1 está apresentada a frequência de distribuição em relação à raça e à procedência dos jovens.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RAÇA E PROCEDÊNCIA DOS ADOLESCENTES INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)		CONTROLE (n=15)		p
	n	%	n	%	
Raça					
Branca	8	53,3	8	53,3	0,3
Parda	5	33,3	7	46,7	
Negra	2	13,3	0	0	
Procedência					
Curitiba	4	26,7	3	20	0,34

Região Metropolitana	9	60	5	33,3
Interior e litoral	2	13,3	7	46,7

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson.

## ESCOLARIDADE

Em relação à escolaridade no momento do internamento, a maioria ainda cursava o ensino fundamental, sendo 93,3% do grupo EM e 73,3% do grupo controle, 26,7% do grupo controle estavam matriculados ensino médio e apenas 6,7% do grupo EM havia finalizado o ensino médio. A média de anos estudados foi de 6,7 (IC 95%=DP 5,5 – 7,8) para o grupo EM e 7,1 (IC 95%=DP 6,1 – 8,1) para o grupo controle. Sobre o número de anos escolares repetidos, o grupo EM apresentou média de 2,4 anos (IC 95%=DP 1,8 – 2,9) e o grupo controle média de 2,8 anos (IC 95%=DP 1,8 – 3,7). A maioria apresentou abandono escolar, sendo 93,3% do grupo EM e 80,0% do grupo controle no momento do internamento. Além disso, 46,7% dos adolescentes do grupo EM e 66,7% do grupo controle abandonaram a escola após o início do uso de substâncias, e 46,7% adolescentes do grupo EM e 13,3% abandonaram antes de iniciar o uso.

A tabela 2 ilustra os dados em relação à escolaridade.

TABELA 2 - DESCRIÇÃO DA FREQUÊNCIA DA ESCOLARIDADE DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA - PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)		CONTROLE (n=15)		p
	n	%	n	%	
Frequentando a escola?					
Sim	1	6,7	3	20	0,24
Não	14	93,3	12	80	
Repetência					
Não repetiram	4	26,7	2	13,3	0,14
Repetiram	11	73,3	13	86,7	

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson.

## CARACTERÍSTICAS DOS PAIS E FAMÍLIA

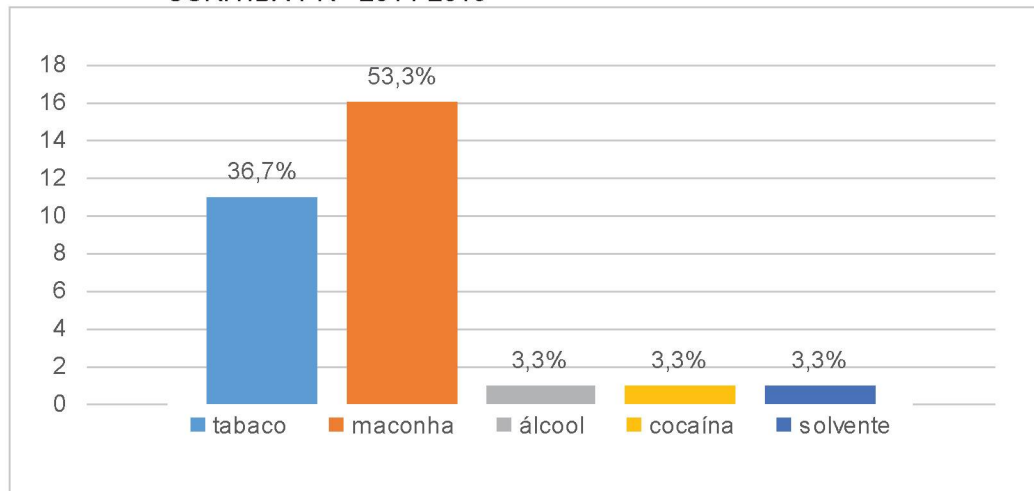
A situação conjugal dos pais mostrou uma predominância de pais separados (36,7%), seguidos por um dos pais ou os dois falecidos (26,0%) e pais casados (23,3%). A maioria dos adolescentes vivia em família monoparental (63,3%). Em relação à escolaridade dos pais, 23% das mães possuía ensino médio completo e de 53% dos pais não foi possível obter esta informação. Sobre história de problemas com

uso de substâncias, 73% das famílias relataram um ou mais parentes nesta situação e 70% afirmaram ser um parente de primeiro grau (pai, mãe ou irmãos). Observou-se predomínio das famílias nas classes C (63,3%), D (16,7%) e B (20%) e não houve famílias pertencente à classe A e E.

## CARACTERÍSTICAS DO USO DE SUBSTÂNCIAS

A média de idade de início de uso de substâncias foi de 12,6 anos (IC 95% - 11,8-13,3). O Gráfico 1 mostra a frequência das substâncias de início de uso.

GRÁFICO 1 - SUBSTÂNCIA DE INÍCIO DE USO RELATADA PELOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015



FONTE: O autor (2016)

Na Tabela 3 está apresentada a distribuição de frequência dos critérios diagnósticos para dependência e abuso de substâncias. Em relação à quantidade de drogas, 66,7% do grupo EM e 80,0% do grupo controle apresentavam critérios para uma substância e 20,0% de cada grupo para duas ou mais substâncias. Sobre abuso, 13,3% do grupo EM e 60,0% do grupo controle fecharam critérios para abuso de uma substância e 26,7% do grupo EM e 6,7% do grupo controle apresentaram critérios para duas ou mais substâncias. Ressalta-se que a maior parte dos adolescentes fazia uso de mais de uma droga, apresentando, em sua maioria, a dependência em pelo menos em uma droga.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)		CONTROLE (n=15)		p
	n	%	n	%	
Dependência					
Preencheram critérios	13	86,7	15	100,0	0,48
Abuso					
Preencheram critérios	6	40,0	10	66,6	0,27

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste exato de Fisher.

Além dos critérios diagnósticos, foi possível avaliar os tipos de substâncias consumidas (Tabela 4) sem diferença significativa na comparação entre os dois grupos. Também foi investigado outras substâncias utilizadas, mas que não preenchem critérios para uso abusivo ou dependente, como alucinógenos e estimulantes, sendo que 66,7% do grupo EM usavam duas ou mais e 46,0% do grupo controle apresentavam este perfil.

Sobre o consumo de tabaco, 83,3% da amostra total relatou fazer uso e 16,7% negaram. Trinta por cento afirmou fazer uso de até 10 cigarros e 86,7% relatou carga tabágica diária de 20 cigarros ou mais.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA- PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)		CONTROLE (n=15)		p
	n	%	n	%	
Dependência Química					
Maconha	7	46,67	8	53,33	0,85
Cocaína/crack	2	13,3	3	20	
Solvente	1	6,66	0	0	
Maconha e cocaína	2	13,3	3	20	
Álcool, maconha e cocaína	1	6,66	1	6,67	
Abuso					
Álcool	1	6,66	5	33,3	0,22
Maconha	1	6,66	1	6,66	
Cocaína/crack	0	0	2	13,3	
Álcool e maconha	1	6,66	1	6,66	
Maconha e cocaína	2	13,3	0	0	
Álcool e LSD	0	0	1	6,66	
Álcool, solvente e maconha	1	6,66	0	0	
Uso esporádico de outras substâncias	14	93,33	13	86,67	1,00
Sim					

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste Qui-quadrado de Pearson.

## COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

Em relação aos diagnósticos psiquiátricos comórbidos, 80,0% dos adolescentes apresentaram um ou mais transtornos associados. O número de comorbidades ficou assim distribuído: 33,3% apresentaram uma patologia, 23,3% apresentaram duas, 20,0% foram diagnosticados com 3 e 3,3% da amostra com quatro, segundo informações do prontuário. A Tabela 5 ilustra a distribuição de frequência dos transtornos observados.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	ADOLESCENTES (n=30)	
	n	%
Comorbidades psiquiátricas		
Sim	24	80
Não	6	20
Uma Comorbidade Psiquiátrica		
TC	4	13,3
T. ansiedade	3	10,0
TDAH	2	6,7
T. psicótico induzido por substância	1	3,3
Duas Comorbidades Psiquiátricas		
TC + TDAH	2	6,7
TC + T. depressivo	1	3,3
TC + T. ansioso	1	3,3
TDAH + TOD	1	3,3
T. ansioso + T. esquizoafetivo	1	3,3
TDAH + TOD	1	3,3
Três Comorbidades Psiquiátricas		
TC + TDAH + T depressivo	4	13,3
TC + TDAH + T. ansioso	1	3,3
TC + TDAH + T agudo estresse	1	3,3
Quatro Comorbidades Psiquiátricas		
TC + TDAH + T. ansioso + T. depressivo	1	3,3

FONTE: o autor (2016)

## RESULTADOS DA ESCALA DE MOTIVAÇÃO URICA

A escala URICA foi aplicada a fim de mensurar o nível de prontidão dos adolescentes no início do tratamento e antes de saírem de alta e avaliar se houve modificação nesta motivação para mudarem os comportamentos em relação ao uso de substâncias. No cálculo da média de escore de prontidão para mudança, o grupo da EM apresentou média de 7,1 antes da intervenção e o grupo controle apresentou média de 7,9 sendo classificados no escore de pré-contemplação. Ao final do internamento, o grupo da EM apresentou média de 9,42 e o grupo controle apresentou média de 8,29, avançando ambos para o nível de prontidão de contemplação.

Também foram analisadas as subescalas de nível de prontidão separadamente, como mostra a Tabela 6.

TABELA 6 - MÉDIA DAS SUBESCALAS DO QUESTIONÁRIO URICA EM RELAÇÃO AOS GRUPOS EM E CONTROLE DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)	GRUPO CONTROLE (n=15)	p
Pré-contemplação			
Antes	19,2	18,3	0,01
Depois	14,5	18,1	
Contemplação			
Antes	21	21,9	0,1
Depois	23,5	22,3	
Ação			
Antes	24,1	25,1	0,01
Depois	26,4	25,5	
Manutenção			
Antes	17,5	19	0,22
Depois	19,4	19,1	

FONTE: o autor (2016).

NOTA: Anova.

## DESFECHOS APÓS A ALTA

Foram comparados os desfechos entre cada grupo após um e após três meses da alta. Na Tabela 7 pode-se observar a comparação dos desfechos após 1 mês da alta e na Tabela 8 após 3 meses. As substâncias relatadas de uso foram álcool, maconha, cocaína e solvente. Após um mês, os que tiveram acesso a tratamento (60%) do grupo controle continuaram o tratamento em CAPS e 46,7% do grupo de intervenção. Também no grupo EM havia adolescentes que continuaram o acompanhamento em ambulatório (6,7%), um em medida socioeducativa (6,7%) e 1 internamento por transtorno mental (6,7%).

TABELA 7 - DESFECHOS APÓS UM MÊS DA ALTA DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)		CONTROLE (n=15)		p
	n	%	n	%	
Uso de substâncias após 1 mês					
Sim	5	33,3	6	40,0	1,00
Não	10	66,7	9	60,0	
Manutenção do tratamento					
Sim	10	66,7	9	60,0	1,00
Não	5	33,3	6	40,0	
Retorno à vida escolar <sup>(1)</sup>					
Sim	7	46,7	3	20,0	0,25
Não	5	33,3	9	60,0	0,21
Problemas de comportamento <sup>(1)</sup>					
Sim	3	20,0	9	60,0	0,15
Não	8	53,3	3	20,0	0,09
Ocupação laboral/atividades <sup>(1)</sup>					
Sim	1	6,7	3	20,0	
Não	10	66,7	9	60,0	0,55
Infrações à lei <sup>(1)</sup>					0,59
Sim	0	0	2	13,3	0,33
Não	11	73,3	10	66,7	0,47

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste exato de Fisher.

(1) Excluindo-se os que estavam em tratamento intensivo.

Após três meses, 66,7% do grupo EM manteve-se abstinente e 33,3% do grupo controle estava na mesma situação, apresentando resultado com tendência à significação ( $p=0,06$ ). No seguimento do tratamento, a maioria de cada grupo que conseguiu tratamento continuou em CAPS (40%), e 6,7% do grupo EM e 20% do grupo controle precisaram de tratamento em comunidade terapêutica; por fim, do grupo EM 13,3% precisaram de internamento por TUS ou por transtorno mental e 6,7% continuou cumprindo medida socioeducativa.

TABELA 8 - DESFECHOS APÓS TRÊS MESES DA ALTA DOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PARTICIPANTES - CURITIBA-PR - 2014-2015

VARIÁVEIS	GRUPO EM (n=15)		CONTROLE (n=15)		p
	n	%	n	%	
Uso de substâncias após 3 meses <sup>(1)</sup>					
Sim	5	33,3	9	60,0	0,06
Não	10	66,7	5	33,3	
Manutenção do tratamento <sup>(1)</sup>					
Sim	9	60,0	7	46,7	0,36
Não	6	40,0	7	46,7	
Retorno à vida escolar <sup>(1,2)</sup>					
Sim	6	20,0	2	13,3	0,29
Não	8	53,3	11	66,7	0,20
Problemas de comportamento <sup>(1,2)</sup>					
Sim	5	33,3	5	33,3	0,86
Não	8	53,3	8	53,3	1,00
Ocupação laboral/atividades <sup>(1,2)</sup>					
Sim	4	26,7	1	6,7	0,28
Não	9	60,0	12	80,0	0,32
Infrações à lei <sup>(1,2)</sup>					
Sim	0	0	1	6,7	0,51
Não	13	86,7	12	80,0	1,00

FONTE: O autor (2016).

NOTA: Teste exato de Fisher.

(1) Excluindo-se um adolescente falecido do grupo controle.

(2) Excluindo-se o que estavam em tratamento intensivo dos dois grupos.

Por fim, os desfechos também foram comparados em relação à evolução de cada grupo em separado ao longo do tempo. Sobre o uso de drogas entre um mês e três meses, 80% do grupo EM que iniciou o primeiro mês em abstinência conseguiu mantê-la no terceiro mês ( $p=0,61$ ). Já os 20% de pacientes abstinentes que recaíram após 3 meses, estavam sem tratamento desde a alta; dentro do subgrupo que recaiu logo após a alta (33,3%), 40% deles aceitou internamento ainda no primeiro mês. No grupo controle, 57,1% dos pacientes não usaram drogas no primeiro mês, e apenas 37,5% destes se mantiveram abstinentes após 3 meses, enquanto 62,5% recaíram no uso; já dos que recaíram no primeiro mês (42,8% do grupo controle), 83,3% deles mantiveram o uso no terceiro mês ( $p=0,22$ ). Na comparação sobre manutenção do tratamento, no grupo EM, 90% dos que estavam em tratamento no primeiro mês continuaram após três meses e dos que não tiveram acesso, todos continuaram sem tratar após 3 meses ( $p=1,00$ ). Já no grupo controle, 62,5% dos que continuaram tratando no primeiro mês mantiveram o acompanhamento após 3 meses e dos que não trataram no primeiro mês somente 33,3% conseguiu acesso a tratamento ao fim do terceiro mês ( $p=1,00$ ).

Sobre a situação escolar, no grupo EM, excluindo-se os adolescentes de cada grupo que estavam em tratamento intensivo no primeiro mês e que por isso não terem acesso à escola, 58,3% retornaram à escola no primeiro mês, e deste subgrupo 71,4% mantiveram seus estudos após 3 meses; dos que não voltaram a estudar, todos continuaram evadidos ( $p=0,47$ ). Já no grupo controle, 75% dos jovens estavam evadidos no primeiro mês e continuaram sem estudar após 3 meses, e dos que estavam estudando, 66,7% continuaram a frequentar a escola ( $p=1,00$ ). Finalmente, sobre os problemas de comportamento observados após a alta, excluindo-se os que estavam em acompanhamento intensivo, 72% do grupo EM não apresentaram problemas após 1 mês, e 25% destes afirmaram alterações de comportamento após três meses ( $p=1,00$ ); dos que apresentaram alterações após a alta, 66,7% mantiveram após 3 meses. No grupo controle, 66,7% apresentaram problemas no primeiro mês, sendo que metade (50%) deste subgrupo mantiveram comportamentos disruptivos ao final do terceiro mês e dos que não tiveram problemas, 25% apresentou comportamentos disruptivos após o segundo contato ( $p=1,00$ ).

## DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi composta por adolescentes em tratamento intensivo por TUS em enfermaria de hospital psiquiátrico localizado na região metropolitana de Curitiba-PR, município de Piraquara, os quais apresentaram média de idade de 15,8 anos (IC 95%=DP 15,0 – 16,6) para o grupo EM e 16,5 (IC 95%=DP 15,7 – 17,4) para o grupo controle e pertenciam às classes socioeconômicas de B, C e D. A maioria dos adolescentes (73,3%) apresentou história familiar positiva para problemas com substâncias e residiam em família monoparental (63,3%). Apenas 13,3% dos adolescentes estavam frequentando a escola no momento do internamento e 70% afirmaram já terem cometido algum delito. Sessenta e seis por cento dos adolescentes do grupo EM e 100% do grupo controle preencheram critérios para dependência e 40% do grupo EM e 66,7% do grupo controle preencheram critérios para abuso de substâncias. A maioria dos jovens (80%) apresentaram uma ou mais comorbidades psiquiátricas, sendo a mais frequente o TDAH, presente em 43,3% dos indivíduos. Os dois grupos iniciaram o tratamento no estágio de pré-contemplação, segundo a escala URICA, e ao final avançaram para o estágio de contemplação, havendo diferenças nas subsescalas de pré-contemplação e ação ( $p<0,01$ ). No desfecho após a alta,

quando os dois grupos foram comparados após 3 meses, houve tendência à significação no quesito uso de substâncias, com  $p=0,06$  e maior porcentagem de manutenção do tratamento entre um e três meses no grupo EM (90%).

Os resultados mostraram que os adolescentes começaram a usar substâncias no início da adolescência ou ainda na pré-adolescência, com média de 12,6 anos, variando entre 8 e 16 anos (IC 95% + 11,8 – 13,3), ou seja, início precoce e alguns muito precoces; King e Chassin (2007) concluíram que uso precoce de drogas previu significativamente um risco aumentado para TUS, bem como evidenciaram que o uso precoce de álcool foi um marcador de risco para TUS; Chen, Storr e Anthony (2009) constataram que o risco de indivíduos apresentarem sintomas compatíveis com dependência química era grande se o uso começasse antes dos 18 anos, quando comparado com indivíduos que iniciaram o uso na idade adulta, com exceção dos usuários de substâncias alucinógenas. As drogas mais relatadas pelos adolescentes como de primeiro uso neste estudo foram o tabaco (36,7%) e a maconha (53,3%). Chita, Negreiro e Barreira (2014) avaliaram comportamentos de risco, incluindo o uso de drogas, entre adolescente portugueses, e verificaram que a idade média de início de consumo de tabaco e álcool foi de 13 anos. Segundo relatório do CEBRID apresentado por Carlini *et al.* (2010) o início do consumo de tabaco e álcool ficou em 13 anos e as demais substâncias, em média, aos 14 e 15 anos. Contudo, a maconha é a droga de iniciação eleita entre as ilícitas, com início entre 12 e 16 anos de idade, muito embora possam iniciar com drogas mais potentes. (VAN DER MEER SANCHEZ; NAPPO, 2002). Neste estudo, o relato de início do uso de menor idade foi com 8 anos, e a média de idade de início de 12,6 anos, mostrando um número menor em anos que outras pesquisas, provavelmente por tratar-se de uma população de estudo de maior gravidade, onde já na adolescência apresentam dependência de substâncias, possivelmente pelo início precoce. A maioria relatou como droga inicial a maconha (53,3%), seguida de tabaco (36,7%) e apenas um paciente relatou o início com álcool (6,7%), cocaína (6,7%) ou solvente (6,7%) como porta de entrada.

Anthony e Petronis (1995) avaliaram 1525 indivíduos usuários de substâncias ilícitas e observaram que, após 5 a 7 anos do primeiro uso, o risco estimado de desenvolver problemas com drogas foi maior para aqueles jovens que começaram o uso na pré adolescência ou nos primeiros anos da adolescência. Neste estudo, a média de idade para o diagnóstico de TUS ao internar foi de aproximadamente 16 anos, uma diferença, em média, de 4 anos entre o início do uso e o TUS, tempo abaixo

e preocupante, em relação à rápida evolução para quadro mais grave. Pode-se levantar algumas hipóteses para este desfecho, como o acesso mais limitado e os recursos financeiros para compra de drogas mais escassos na pré adolescência e primeiros anos adolescência. Esta situação pode avançar ao longo dos anos, com possibilidade de contato maior com quantidade e diversidade de substâncias, com redução de fatores protetivos, principalmente ligados à continência familiar e escolar e maior exposição a pares usuários. Uma outra possibilidade para o uso precoce de substâncias desencadear um TUS no final da adolescência seria o impacto das drogas nas vias neurais, com sensibilização das vias dopaminérgicas, reforçando os comportamentos de uso e propiciando o aparecimento do transtorno em si. (DE BELLIS *et al.*, 2000; BROWN *et al.*, 2000). Corroborando esta hipótese, estudos com animais mostram que a exposição do cérebro nesta faixa etária cria efeitos diferentes no sistema nervoso central do que ocorre nos adultos que se expõem às substâncias Spear (2002) e que o uso precoce possa levar a mudanças neurobiológicas maiores no circuito de recompensa e seus mecanismos de regulação, e assim, aumentando o risco de progressão de uso para TUS.

Fatores genéticos já são estudados há muito tempo como fator de risco no uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas pelos adolescentes. Neste estudo 53,3% adolescentes referiram um ou mais parentes de primeiros grau que fazem uso de drogas lícitas ou ilícitas de um total de 73,3% com histórico familiar positivo, reforçando a questão da genética como fator de risco, como visto por Rozin e Zagonel (2012), que fizeram revisão de 30 artigos sobre fatores de risco para uso de álcool e concluíram que a herança genética é um deles. Também ocorre risco quatro vezes maior de desenvolvimento de alcoolismo em crianças filhos de alcoolistas, mesmo quando são criadas por pais não etilistas. (GOLDMAN; BERGEN, 1998). Em uma meta-análise com estudos com gêmeos usuários de maconha e com uso problemático da mesma substância, Verweij *et al.* (2010) constataram que a influência genética tem papel importante no TUS, principalmente naqueles que fazem uso pesado. Esta revisão sistemática encontrou concordância de 50% no uso experimental e uso frequente em adolescentes. Agrawal e Lynskey (2008) também demonstraram evidência que sugerem que dependência de álcool, nicotina, maconha e outras drogas ilícitas são influenciadas por fatores de herdabilidade, através da interação de múltiplos genes e o ambiente.

As características familiares de adolescentes com TUS vem sendo objeto de estudos nas últimas décadas, devido ao seu papel inerente na formação psíquica e social do jovem. A estrutura familiar também foi objeto de avaliação sendo que a maioria (63,3%) residiam com famílias monoparentais, 23,3% residiam com os pais e 13,3% com outros parentes. Em relação à situação conjugal do pais, 36,7% eram pais divorciados, 13,3% filhos de mãe solteira, 26,7% relataram um ou os dois pais falecidos e 23,3% relataram pais casados ou amaziados. Tavares, Béria e Lima (2004) relataram em seu estudo de fatores relacionados ao uso de drogas em adolescentes escolares, que os adolescentes que viviam com família monoparental apresentavam uso de drogas superior a 50% em comparação aos que viviam com os pais, porém os que relataram pais falecidos ou que nunca viveram juntos não apresentaram diferenças significativas em relação ao consumo de drogas, se comparado com as famílias com pais casados. Baus, Kupek e Pires (2002) também encontraram estes resultados em relação a pais separados e consumo de drogas entre jovens. Ewing et al (2015) constataram que pertencer a um núcleo familiar intacto constitui fator de proteção para uso de álcool futuro, em amostra de adolescentes que fizeram uso de álcool ou outras drogas pela primeira vez.

Em relação à escolaridade, a maioria ainda estava cursando o ensino fundamental, mais da metade (56,7%) estava cursando até o 7.º ano, com histórico de reprovações ou de evasão escolar no momento do internamento, apesar da média de idade acima dos 15 anos. Mais da metade (56,7%) dos adolescentes abandonaram a escola após o início do uso de substâncias, 30% dos adolescentes abandonaram antes de iniciar o uso, totalizando 86,7% de jovens sem estudar no momento do internamento e apenas 13,3% ainda cursavam a escola ao iniciar o tratamento, sugerindo que o abandono escolar teve com um fator de risco importante o uso de substâncias. O baixo nível de escolarização e a dificuldade em retornar à escola foram predominantes neste estudo, já que após 3 meses 40% do grupo EM e 13,3% do grupo controle afirmaram terem retornado à atividade escolar. Podem ser apontados como fatores de vulnerabilidade em perpetuar este ciclo de uso de substâncias o abandono escolar, e atividades sociais ou laborais como fatores protetivos. Estes dados também concordam com o fato do uso de substâncias causar grande impacto na vida acadêmica do adolescente, tanto no abandono como em prejuízo no rendimento, já que usar drogas afeta as funções neurocognitivas com consequências na aprendizagem e retenção de

novos conhecimentos verbais e não verbais, no controle de impulsos e cumprimento de objetivos e metas. (BROWN *et al.*, 2000).

Além do exposto acima, o TUS nesta faixa etária pode contribuir para o fracasso escolar (SCHENKER; MINAYO, 2005) interferindo na frequência, hábitos de estudo e realizações de tarefas escolares. (HALLER *et al.*, 2010). O tempo médio de evasão escolar foi de 2,6 anos (IC 95% - 15,6 a 16,4) e observou-se que, pela maioria não estar cursando a escola ao internar, possivelmente este fator contribuiu para a manutenção do TUS e comportamentos disruptivos associados, já que 70% dos adolescentes relataram infrações à lei na admissão. Gallo e Williams (2008); Silva *et al.* (2015) corroboram esta associação entre evasão escolar e risco de TUS e comportamentos de risco associados, sugerindo que estar estudando é fator de proteção quanto ao uso de substâncias e suas consequências. Tavares *et al.* (2012) também observaram que quanto mais precoce o uso de drogas, maiores as chances de problemas com a lei.

Em relação ao tipo de drogas consumidas, a maconha foi a mais citada, sendo utilizada por 100% da amostra, seja por TUS (dependência e abuso) ou uso esporádico. O álcool ficou em segundo lugar, perfazendo 76,7% do grupo total e em terceiro lugar uso de crack e/ou cocaína, com 70%. Também é notável a associação do tabaco com o uso de maconha, da amostra total, que afirmou uso de maconha em algum momento, 27 deles faziam consumo de tabaco associado, assim como observado também por Ramo, Liu e Prochaska (2012).

No grupo da EM, 80% dos pacientes que não apresentaram recaída no primeiro mês mantiveram a abstinência após três meses, comparado a 37,5% do grupo controle, sugerindo maior prontidão para mudar após a alta e manutenção destas mudanças no seguimento no grupo EM. Este achado acompanha também a aceitação de manutenção de algum tipo de tratamento após a alta, pois 90% dos adolescentes do grupo EM que continuaram acompanhamento após 1 mês mantiveram-no após 3 meses, comparado a 62,5% do grupo controle. D'Amico *et al.* (2008) aplicaram a EM com 42 adolescentes de risco recrutados na atenção primária e após 3 meses estes reportaram menor consumo de maconha, menor número de amigos que consumiam maconha e nos 6 meses seguintes menor intenção de usar maconha, comparado com o grupo que recebeu atendimento usual. Andretta *et al.* (2014) realizaram revisão sistemática da aplicação da EM no Brasil e verificaram que alguns dos estudos encontrados apontam para aumento da motivação no processo da mudança, mas

afirmaram que ainda se fazem necessários mais estudos para a verificação da efetividade da técnica, haja vista a heterogeneidade no método da aplicação e quais componentes são responsáveis pelos resultados finais obtidos.

Nos dois grupos a principal comorbidade associada foi o TC, diagnosticado em 50% dos adolescentes, TDAH (43,3%) em segundo lugar, seguido de transtorno depressivo e transtorno ansioso, com 23,3% dos adolescentes com cada um destes diagnósticos, associados ou não a outras comorbidades; Armstrong; Costello (2002) relatou em revisão que 60% dos adolescentes com TUS tinham alguma comorbidade, as mais comuns sendo TDAH e TOD, seguido por depressão. French *et al.* (2008) registrou prevalência de TDAH de 36,7% em usuários de substâncias e 10% no grupo que não usava. Jane-Llopis; Matytsina (2006) descreveram a associação com TC e discutiram sobre a necessidade de se tratarem estas comorbidades com outros TM fim de prevenir o uso problemático de substâncias.

Em relação aos critérios diagnósticos, 86,7% do grupo EM e 100% do grupo controle apresentaram critérios para dependência química. Porém, a maioria apresentou dependência química de uma substância apenas, sendo 10 (66,7%) do grupo de intervenção e 12 (80,0%) do grupo controle, enquanto três (20,0%) de cada grupo apresentaram dependência de duas ou mais substâncias; a droga mais consumida foi a maconha tanto no critério para DQ como relato no uso geral (abuso ou uso que não preencheu critérios). Este resultado vem ao encontro do aumento progressivo no uso de maconha no Brasil e no mundo, bem como estudos confirmando a dependência da maconha. Coffey *et al.* (2003) avaliaram os fatores precursores da dependência de *canabis* em 1601 jovens e verificaram que 33,6% dos que usavam a substância há menos de 1 ano aumentaram o consumo após este período, e 61,8% os usuários crônicos, com tempo de uso maior ou igual a três anos, preenchiam critérios para dependência. Van den Bree e Pickworth (2005) avaliaram 13.718 indivíduos entre 11 e 21 anos que relataram algum tipo de uso de maconha e observaram que 55% mantiveram o uso após 1 ano. Fergusson (2000) em estudo longitudinal com 1265 crianças também observou que, aos 21 anos, 9% delas preenchiam critérios para dependência de maconha. Ainda sobre a questão da dependência de maconha, Behrendt *et al.* (2009) examinaram o risco e a velocidade entre iniciar o consumo de drogas e transição para TUS com 3021 jovens e mostraram que, a transição entre o primeiro uso de maconha para TUS da mesma substância ocorreu mais rápido, se comparado com álcool e tabaco. Chen, O'Brien e Anthony (2005) observaram que uso precoce de maconha

estava associado com risco elevado de dependência em 24 meses após o primeiro uso; neste estudo, os 16 adolescentes que relataram maconha como primeira substância de uso apresentaram tempo médio até o internamento de 3,1 anos.

Em se tratando dos resultados acerca dos estágios de motivação, os dois grupos apresentaram mudança no nível de prontidão na alta, pois ambos receberam a modalidade de tratamento oferecida pelo hospital. O grupo da EM apresentou redução significativa nos escores da pré-contemplação e da contemplação ao final do internamento. Com estes dados, pode-se levantar a hipótese de que a EM foi efetiva na redução da resistência em mudar os comportamentos disfuncionais em relação à droga, já que ao reduzir a pré-contemplação e aumentar os escores de ação, o indivíduo passa do estágio de não acreditar que tenha um problema para o estágio em que planeja e executa formas de reduzir este uso, mudança sugerida pelo resultado no quesito uso de substâncias após três meses da alta.

Sobre o custo benefício desta intervenção, por ser de fácil aplicação e pode ser aplicada por qualquer profissional que trabalhe com este público-alvo, mostra-se de baixo custo. Por fim, as principais limitações do estudo foram a exclusiva confiança no autorrelato do adolescente e dos familiares para mensurar os efeitos da intervenção, principalmente após a alta, os quais podem apresentar vieses. Exames complementares, como toxicológico de urina não foram realizados devido aos custos. A intervenção foi feita por apenas uma pesquisadora, e isto também pode trazer alguns vieses como separar o efeito da intervenção do efeito da relação terapeuta-paciente. Além disso, o efeito só foi avaliado até 3 meses após a alta, caracterizando-se como avaliação de efeito a curto prazo. O número pequeno da amostra de pacientes recrutados se deu devido à troca de locais de coleta devido pela baixa adesão em locais de tratamento não intensivo, o que reduziu o tempo de coleta dentro do hospital. Ademais, havia muito mais pacientes em reinternação do que pacientes em primeiro internamento.

## CONCLUSÕES

Este estudo teve a intenção de mostrar a necessidade de pesquisas de longo prazo nesta população, a fim de se avaliarem de forma mais fidedigna a efetividade deste recurso terapêutico dentro de programas de tratamento voltados aos TUS.

Observou-se mudanças importantes nos estágios motivacionais de pré-contemplação e ação após a intervenção em comparação ao controle, porém, na média dos escores, os dois grupos mudaram igualmente de nível de prontidão, da pré-contemplação para contemplação.

As drogas mais consumidas de forma geral neste estudo foram o a maconha (100%), o tabaco (83,3%), o álcool (76,7%) e a cocaína/crack (70,0%). Também se confirmou a alta taxa de associação de TUS com outras comorbidades psiquiátricas, sendo 80% dos participantes com um ou mais transtornos mentais. Observou-se porcentagem de maior adesão entre os adolescentes do grupo EM em relação à manutenção do tratamento, abstinência e frequência escolar após 1 e 3 meses da alta, comparado com o grupo controle.

Considerando o início precoce do uso de substâncias encontrado, é necessário que haja uma atenção especial à pré-adolescentes e adolescentes que façam uso de substâncias. Deve ser considerado planejamento para programas de prevenção, e a aplicação destes deve abranger crianças que apresentem diagnóstico de TDAH, TOD e TC, das classes sociais D e E, que apresentem repetências e evasão escolar, somados a viverem em famílias monoparentais. Devido às altas taxas de fracasso escolar, como evasão, repetências e baixo grau de escolaridade associados ao TUS, a escola é um lugar propício para a instalação de programas de prevenção e detecção precoce de casos de risco ou com TUS já instalado.

Além de se considerarem as peculiaridades do TUS nesta faixa etária, é necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados para o tratamento de adolescentes com patologia dual, isto é, transtorno mental e TUS, haja vista a alta frequência de casos nesta situação, que, se não tratadas adequadamente, contribuem para recaídas mais rápidas e pior adesão. Considerando que o TUS apresenta etiologia multifatorial, continua sendo desafiador para o sistema de saúde planejar e executar ações que contemplem todos os aspectos envolvidos, tais como aspectos emocionais, motivacionais, psiquiátricos, familiares e sociais.

## REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, A.; LYNSKEY, M. T. Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. **Addiction**, v.103, n.7, p.1069-1081, 2008.
- ANDRETTA, I.; MEYER, E.; PERETTI KUHN, R.; RIGON, M. A entrevista motivacional no Brasil: uma revisão sistemática motivacional. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v.22, n.2, p.15-21, 2014.
- ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. D. S. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. **Psicologia Clínica**, v.17, n.2, p.127-139, 2005.
- ANTHONY, J. C.; PETRONIS, K. R. Early onset drug use and risk of later drug problems. **Drug and Alcohol Dependence**, v.40, n.1, p.9-15, 1995.
- APODACA, T. R.; LONGABAUGH, R. Mechanisms of change in motivational interviewing: A review and preliminary evaluation of the evidence. **Addiction**, v.104, n.5, p.705-715, 2009.
- ARMSTRONG, T. D.; COSTELLO, E. J. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. **Journal of Consulting Clinical & Psychology**, v.70, n.6, p.1224-1239, 2002.
- BAER, J. S.; PETERSON, P. L. Motivational interviewing for adolescents and young adults. In: MILLER, I. W.; ROLLNICK, S. (Ed.). **Motivational Interviewing: preparing people for change**. New York: The Guilford Press, 2002. v.2. p.320 -332.
- BARNETT, E.; SUSSMAN, S.; SMITH, C.; ROHRBACH, L. A.; SPRUIJT-METZ, D. Motivational Interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. **Addictive Behaviors**, v.37, n.12, p.1325-1334, 2012.
- BAUS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares Prevalence and risk factors associated with drug use among school students, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.1, p.40-46, 2002.
- BEHRENDT, S.; WITTCHEN, H. U.; HUFLER, M.; LIEB, R.; BEESDO, K. Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? **Drug and Alcohol Dependence**, v.99, n.1-3, p.68-78, 2009.
- BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Maconha**: informações para os adolescentes. 3.ed. Brasília: SENAD, 2001. (Série Diálogo, n.5).
- BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Álcool**: o que você precisa saber. 3.ed. Brasília: SENAD, 2002a. (Série Diálogo, n.6).
- BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Inalantes**: informação e prevenção. Brasília: ISENAD; 2002b. (Série Diálogo, n.7).
- BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Conversando sobre cocaína e crack**. 4.ed. Brasília: SENAD, 2003. (Série Diálogo, n.2).

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Maconha**: informações para os adolescentes. 5.ed. Brasília: SENAD, 2004. (Série Diálogo, n.5).

BROWN, S. A.; TAPERT, S. F.; GRANHOLM, E.; DELIS, D. C. Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v.24, n.2, p.164-171, 2000.

BURKE, B. L.; ARKOWITZ, H.; MENCHOLA, M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, v.271, n.5, p.843-861, 2003.

CARLINI, E. A. (Supervisão) *et. al.* **VI Levantamento Nacional sobre consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. Brasília: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

CHEN, C. Y.; O'BRIEN, M. S.; ANTHONY, J. C. Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001. **Drug and Alcohol Dependence**, v.79, n.1, p.11-22, 2005.

CHEN, C. Y.; STORR, C. L.; ANTHONY, J. C. Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. **Addictive Behaviors**, v.34, n.3, p.319-322, 2009.

CHITA, V.; NEGREIRO, J.; BARREIRA, T. Uso de drogas, comportamentos sexuais de risco e comportamentos antissociais na adolescência: padrões de associação. **Psychologica**, v.57, n.2, p.73-93, 2014.

COFFEY, C.; CARLIN, J. B.; LYNSKEY, M.; LI, N.; PATTON, G. C. Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian adolescent health cohort study. **British Journal of Psychiatry**, v.182, n.4, p.330-336, 2003.

COLBY, S. M.; MONTI, P. M.; BARNETT, N. P.; ROHSENOW, D. J.; WEISSMAN, K.; SPIRITO, A.; WOOLARD, R. H.; LEWANDER, W. J. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminar study. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, v.66, n.3, p.574-578, 1998.

D'AMICO, E. J.; MILES, J. N. V.; STERN, S. A.; MEREDITH, L. S. Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.35, n.1, p.53-61, 2008.

DAHL, R. E. Affect regulation, brain development, and behavioral/emotional health in adolescence. **CNS Spectrums**, v.6, n.1, p.60-72, 2001.

DE BELLIS, M. D.; CLARK, D. D. B.; BEERS, S. R.; SOLOFF, P. H.; BORING, A. M.; HALL, J.; KERSH, A.; KESHAVAN, M. S. Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. **The American Journal of Psychiatry**, v.157, n.5, p.737-744, 2000.

DENNIS, M.; GODLEY, S. H.; DIAMOND, G.; TIMS, F. M.; BABOR, T.; DONALDSON, J.; LIDDLE, H.; TITUS, J. C.; KAMINER, Y.; WEBB, C.; HAMILTON, N.; FUNK, R. The Cannabis Youth Treatment ( CYT ) Study: main findings from two randomized trials. **Journal of Substance Abuse Treatment** **27**, v.27, n.3, p.197-213, 2004.

DIAMOND, G.; GODLEY, S. H.; LIDDLE, H. A.; SAMPL, S.; WEBB, C.; TIMS, F. M.; MEYERS, R. Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. **Addiction**, v.97, Suppl. 1, p.70-83, 2002.

DÍEZ, E.; BARNIOL, J.; NEBOT, M.; JUÁREZ, O.; MARTÍN, M.; VILLALBÍ, J. R. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. **Gaceta Sanitaria**, v.12, n.6, p.272-280, 1998.

EWING, B. A.; OSILLA, K. C.; PEDERSEN, E. R.; HUNTER, S. B.; MILES, J. N.; D'AMICO, E. J. Longitudinal family effects on substance use among an at-risk adolescent sample. **Addictive Behaviors**, v.41, p.185-191, 2015.

FERGUSON, D. M.; HORWOOD, L. J. Cannabis use and dependence in a New Zealand birth cohort. **New Zealand Medical Journal**, New Zealand, v.113, p.156-158, 2000.

FRENCH, M. T.; ZAVALA, S. K.; McCOLLISTER, K. E.; WALDRON, H. B.; TURNER, C. W.; OZECOWSKI, T. J. Cost-effectiveness analysis of four interventions for adolescents with a substance use disorder. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.34, n.3, p.272-281, 2008.

FUHR, D. C.; GMEL, G. What is alcohol per capita consumption of adults telling us about drinking and smoking among adolescents? A population-based study across 68 countries. **Alcohol and Alcoholism**, v.46, n.1, p.88-92, 2011.

GALLO, A. E.; WILLIAMS, L. C. de A. A escola como fator de proteção à conduta infracional de adolescentes. **Cadernos de Pesquisa**, v.38, n.133, p.41-59, 2008.

GOLDMAN, D.; BERGEN, A. General and specific inheritance of substance abuse and alcoholism. **Archives of General Psychiatry**, v.55, n.11, p.964-965, 1998.

GOTI, J.; DIAZ, R.; SERRANO, L.; GONZALEZ, L.; CALVO, R.; GUAL, A.; CASTRO, J. Brief intervention in substance-use among adolescent psychiatric patients: a randomized controlled trial. **European child & adolescent psychiatry**, v.19, n.6, p.503-511, 2010.

HALLER, M.; HANDLEY, E.; CHASSIN, L.; BOUNTRESS, K. Developmental cascades: Linking adolescent substance use, affiliation with substance use promoting peers, and academic achievement to adult substance use disorders. **Developmental Psychopathology**, v.22, n.4, p.899-916, 2010.

JANE-LLOPIS, E.; MATYTSINA, I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. **Drug and Alcohol Review**, v.25, n.6, p.515-536, 2006.

JENSEN, C. D.; CUSHING, C. C.; AYLWARD, B. S.; CRAIG, J. T.; SORELL, D. M.; STEELE, R. G. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. **Journal of consulting and clinical psychology**, v.79, n.4, p.433-440, 2011.

KING, K. M.; CHASSIN, L. A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on young adult substance dependence. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v.68, n.2, p.256-265, 2007.

KNAPP, P.; LUZ JR., E.; BALDISSEROTTO, G. Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In: RANGÈ, B. (Org.), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p.332-350.

LINCOURT, P.; KUETTEL, T. J.; BOMBARDIER, C. H. Motivational interviewing in a group setting with mandated clients: a pilot study. **Addictive Behaviors**, v.27, n.3, p.381-391, 2002.

LUZ JR., E. Dependência química. In: KNAPPP, P. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p.280-295.

MASTERMAN, P. W.; KELLY, A. B. Reaching adolescents who drink harmfully: fitting intervention to developmental reality. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.24, n.4, p.347-355, 2003.

MERIKANGAS, K.; JIAN-PING, H.; BURSTEIN, M.; SWANSON, S. A.; AVENEVOLI, S.; CUI, L.; BENJET, C.; GEORGIADES, K.; SWENDSEN, J. Lifetime prevalence of mental disorders in us adolescents: results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement. **Journal of the American Academy Children Adolescent Psychiatry**, v.49, n.10, p.980-989, 2011.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para mudança de comportamentos aditivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MONTI, P. M.; COLBY, S. M.; BARNETT, N. P.; SPIRITO, A.; ROHSENOW, D. J.; MYERS, M.; WOOLARD, R.; LEWANDER, W. Brief Intervention for Harm Reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.67, n.6, p.989-994, 1999.

MUCK, R.; ZEMPOLICH, K. A.; TITUS, J. C.; SCHWEBEL, R. An Overview of the Effectiveness of Adolescent Substance Abuse Treatment Models. **Youth & Society**, v.33, n.2, p.143-168, 2001.

MUZA, G. M.; BETTIOL, H.; MUCCILLO, G.; BARBIERI, M. A. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Riberão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.1, p.21-29, 1997.

NAAR-KING, S.; SUAREZ, M. **Motivational interviewing with adolescents and young adults**. New York: Guilford Press, 2011.

- OLTHUIS, J. V.; DARREDEAU, C.; BARRETT, S. P. Substance use initiation: The role of simultaneous polysubstance use. **Drug and Alcohol Review**, v.32, n.1, p.67-71, 2013.
- PECHANSKY, F. Patterns of alcohol use among adolescents living in Porto Alegre, Brazil. **Journal of psychoactive drugs**, v.30, n.1, p.45-51, 1998.
- PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, Suppl 1, p.14-17, 2004.
- PIAGET, J. Intellectual Evolution from adolescence to adulthood. **Human Development**, v.15, p.1-12, 1972.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v.19, n.3, p.276-288, 1982.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, v.47, n.9, p.1102-1114, 1992.
- RAMO, D. E.; LIU, H.; PROCHASKA, J. J. Tobacco and marijuana use among adolescents and young adults: A systematic review of their co-use. **Clinical Psychology Review**, v.32, n.2, p.105-121, 2012.
- ROZIN, L.; ZAGONEL, I. P. S. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.2, p.314-318, 2012.
- SAMPL, S.; KADDEN, R. Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions. **Connecticut: DHHS Publication**, v.1, p.1-139, 2001.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.707-717, 2005.
- SILVA, M. D. P. e; MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B.; MINATEL, M. M. Saúde mental e fatores de risco e proteção: focalizando adolescentes cumprindo medidas socioeducativas. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.2, p.162-169, 2015.
- SLOBODA, Z.; GLANTZ, M. D.; TARTER, R. E. Revisiting the Concepts of Risk and Protective Factors for Understanding the Etiology and Development of Substance Use and Substance Use Disorders: Implications for Prevention. **Substance Use and Misuse**, v.47, n.8-9, p.944-962, 2012.
- SMEDSLUND, G.; BERG, R. C.; HAMMERSTRØM, K. T.; STEIRO, A.; LEIKNES, K. A.; DAHL, H. M.; KARLSEN, K. Motivational interviewing for substance abuse. **Cochrane Database System Review**, n.5, 2011.
- SOWELL, E. R. Longitudinal Mapping of Cortical Thickness and Brain Growth in Normal Children. **Journal of Neuroscience**, v.24, n.38, p.8223-8231, 2004.

SPEAR, L. P. The adolescent brain and the college drinker: biological basis of propensity to use and misuse alcohol. **Journal of Studies on Alcohol. Supplement**, n.14, p.71-81, 2002.

STEINBERG, L. Cognitive and affective development in adolescence. **Trends in Cognitive Sciences**, v.9, n.2, p.69-74, 2005.

STEPHENS, R. S.; ROFFMAN, R. A.; FEARER, S. A.; WILLIAMS, C.; PICCIANO, J. F.; BURKE, R. S. The Marijuana Check-up: Reaching users who are ambivalent about change. **Addiction**, v.99, n.10, p.1323-1332, 2004.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. da S. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. **Psico-USF**, v.13, n.1, p.31-39, 2008.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. de. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.6, p.787-796, 2004.

TAVARES, G.; SCHEFFER, M.; MARIA, R.; ALMEIDA, M. de. Drogas, Violência e Aspectos Emocionais em Apenados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25, n.1, p.89-95, 2012.

VAN DEN BREE, M. B.; PICKWORTH, B. W. Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. **Archives of General Psychiatry**, n.62, v.3, p.311- 319, 2005.

VAN DER MEER SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.4, p.420-430, 2002.

VERWEIJ, K. J. H.; ZIETSCH, B. P.; LYNSKEY, M. T.; MEDLAND, S. E.; NEALE, M. C.; MARTIN, N. G.; BOOMSMA, D. I.; VINK, J. M. Genetic and environmental influences on cannabis use initiation and problematic use: a meta-analysis of twin studies. **Addiction**, v.105, n.3, p.417-430, 2010.

VUONTELA, V.; STEENARI, M.; CARLSON, S.; KOIVISTO, J.; FJÄLLBERG, M.; ARONEN, E. T. Audiospatial and visuospatial working memory in 6 - 13 year old school children. **Learning & Memory**, v.10, n.1, p.74-81, 2003.

YURGELUN-TODD, D. Emotional and cognitive changes during adolescence. **Current Opinion in Neurobiology**, v.17, n.2, p.251-257, 2007.