

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

FERNANDA CERUTTI

**INTERVENÇÃO BREVE PARA USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA
ADOLESCÊNCIA: PARENTALIDADE E FATORES ASSOCIADOS À MOTIVAÇÃO PARA
MUDANÇA DE COMPORTAMENTO**

Porto Alegre
2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

FERNANDA CERUTTI

**INTERVENÇÃO BREVE PARA USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA
ADOLESCÊNCIA: PARENTALIDADE E FATORES ASSOCIADOS À
MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO**

Prof^ª. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon
Orientadora

Prof. Dr. José Heliodoro Marco Salvador
Coorientador

Porto Alegre
2018

FERNANDA CERUTTI

**INTERVENÇÃO BREVE PARA USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA
ADOLESCÊNCIA: PARENTALIDADE E FATORES ASSOCIADOS À
MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre

2018

Ficha Catalográfica

C418i Cerutti, Fernanda

Intervenção breve para uso de substâncias psicoativas na adolescência :
parentalidade e fatores associados à motivação para mudança de
comportamento / Fernanda Cerutti . – 2018.

166 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon.

Co-orientadora: Profa. Dra. José Heliodoro Marco Salvador.

1. Psicoterapia baseada em evidências. 2. Protocolos de intervenção para
adolescentes. 3. Parentalidade. 4. Uso de drogas na adolescência. I. Argimon,
Irani Iracema de Lima. II. Salvador, José Heliodoro Marco. III. Título.

FERNANDA CERUTTI

**INTERVENÇÃO BREVE PARA USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA
ADOLESCÊNCIA: PARENTALIDADE E FATORES ASSOCIADOS À
MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO**

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr. Helena Maria Tannhauser Barros
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Prof^ª Dr. Laisa Marcorela Andreoli Sartes
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

Dr. Sérgio de Paula Ramos
Associação de Incentivo à Pesquisa em Alcool e Drogas – FIPAD

Porto Alegre
2018

Dedico esta Tese aos meus pais, que sabiamente me orientaram na vida, supervisionaram minhas atitudes e monitoraram minhas experiências durante minha adolescência, e hoje me acompanham em minhas escolhas para o futuro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha orientadora Prof^a Dr. Irani, que orienta minha trajetória acadêmica desde o Mestrado e que me mostrou com muita sabedoria o caminho “das coisas”. Minha “mãe acadêmica”, que me viu crescer como profissional e me incentivou em muitos desafios!

Ao meu coorientador Prof. Dr. José Heliodoro Marco Salvador por ter me recebido com muita atenção e dedicação no meu Doutorado Sanduíche. Sempre disponível e gentil para orientar na escrita de artigos e auxiliar nas demandas com o castelhano.

Aos professores das bancas de qualificação e de Defesa da Tese. Gostaria de agradecer especialmente ao Dr. Sérgio de Paula Ramos, por ter me apresentado as principais referências na temática e possibilitado o contato com o autor do Protocolo. Um grande parceiro desde o Mestrado e “convidado de honra” em todas as bancas.

Ao Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital, minha segunda casa durante sete anos, por todo aprendizado, experiências inesquecíveis e trocas importantes. Em especial aqueles que auxiliaram na escrita dos artigos da Tese: Bruna Fernandes da Rocha, Luísa Dacrocce e Alan Saloum Bastos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em especial ao pessoal da Secretaria: Alexandra, Francielle, Pedro e Milena pela eficiência e atenção. Às professoras Dr. Tatiana, Dr. Margareth e Dr. Letícia e seus respectivos grupos de pesquisa, pelas atividades realizadas em conjunto e pela parceria em trabalhos e artigos.

Às colegas Fernanda de Almeida Ribeiro e Martha Ludwig pelo trabalho técnico realizado no processo de tradução e adaptação do Manual.

À Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir” pela receptividade e atenção durante o período em que estive no intercâmbio. Em especial a Prof^a Dr. Carmen Moret Tatay, que foi a grande responsável por essa parceria internacional e por ter tornado essa experiência tão especial!

Às minhas manas que a PUCRS me deu: Camila Oliveira, Marianne Farina e Susy Anne Ribeiro por estarem junto comigo nessa caminhada.

Aos meus pais Fernando e Sonia por tudo.

À minha irmã e melhor amiga Lívia, pelo companheirismo.

Ao Di, que viveu comigo muitas etapas importantes do Doutorado e suportou a distância.

A todos os participantes dos estudos da Tese e aos locais de coleta. Em especial, agradeço o apoio das colegas Aline Dullius e Letícia Cheuiche.

E, finalmente, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior por financiar o meu doutorado e o estágio de doutoramento no exterior, por meio da bolsa PDSE.

“Se você tratar um indivíduo como ele é, ele permanecerá assim, mas se você tratá-lo como se ele fosse o que deveria e poderia ser, ele se tornará o que deveria e poderia ser”.

(Johann Wolfgang von Goethe)

RESUMO

Intervenção Breve para uso de substâncias psicoativas na adolescência: Parentalidade e fatores associados à motivação para mudança de comportamento

Embora o tratamento para o uso nocivo de álcool e ou outras drogas na adolescência deva ser uma prioridade, o acesso a tratamentos especializados e específicos para esse público ainda apresenta limitações. Assim, é importante ressaltar algumas características relativas a intervenções com adolescentes que estão recebendo atenção na literatura internacional, que se tratam da aplicação de protocolos de intervenção breve e da padronização de intervenções destinadas aos pais de adolescentes usuários de drogas. Dessa forma, esta Tese de Doutorado objetivou traduzir, adaptar e trazer evidências de efeito terapêutico de uma Intervenção Breve desenvolvida nos Estados Unidos, para adolescentes usuários de drogas, com sessões para os pais. Para tanto, está composta de dois estudos teóricos e de quatro estudos empíricos. O primeiro estudo teórico trata-se de um Ensaio Temático que objetiva trazer uma reflexão a respeito das atitudes parentais frente ao uso de álcool ou outras drogas na adolescência. O segundo estudo teórico é uma revisão sistemática da literatura, em que se pode discutir sobre a eficácia de protocolos de tratamento do uso de drogas na adolescência que incluem a participação parental. No que diz respeito aos estudos empíricos, apresentam delineamento longitudinal e restropectivo, três deles são descritivos e o estudo 3 é analítico. A amostra de adolescentes foi composta pelo sexo masculino, e dos familiares, por pais, mães e outros parentes. O Estudo 1, trata-se de um Ensaio Clínico Simples pré- e pós-teste que objetivou apresentar o processo de tradução e adaptação para a realidade brasileira e formato grupal da Intervenção Breve destinada ao tratamento de adolescentes envolvidos com drogas e com sessões para os pais. Participaram 11 adolescentes e 12 responsáveis. O Estudo 2 é um Estudo de Caso que objetivou analisar a aplicabilidade do protocolo de intervenção breve após sua tradução e adaptação para a realidade brasileira em um adolescente com uso nocivo de álcool, com a participação de seu pai e mãe. O Estudo 3 trata-se de um Ensaio Clínico não-randomizado cujo objetivo foi testar as evidências de efeito terapêutico do protocolo de intervenção breve adaptado para a realidade brasileira e para o formato grupal. Para tanto, participaram 28 adolescentes divididos em três grupos para comparação: 1) grupo experimental com adolescentes e pais (GAP); 2) grupo com adolescentes somente (GA); e um grupo controle com tratamento usual (TAU). Por fim, o Estudo 4, Estudo de Caso, objetivou analisar longitudinalmente alguns fatores envolvidos na mudança de comportamento do uso de drogas na adolescência e contou com a participação de um adolescente e de seu familiar que receberam a intervenção breve adaptada para a realidade brasileira e no formato grupal. Os estudos empíricos apresentam dados preliminares que apontam uma boa adequação do protocolo para a realidade brasileira e destacam a importância da participação dos pais/responsáveis na intervenção breve com adolescentes. Sugerem-se estudos subsequentes com um número maior de participantes e com uma amostra mista, contemplando também adolescentes do sexo feminino. Assim, entende-se que essa ferramenta pode ser viável e efetiva para o tratamento de adolescentes brasileiros, e por ser tratar de uma intervenção breve, acessível a um número maior de pacientes.

Palavras-chave: Psicoterapia baseada em evidências; Protocolos de intervenção para adolescentes; Parentalidade; Uso de drogas na adolescência.

Área de classificação CNPq: 7.07.00.00-1 – (Psicologia)

Subárea de classificação CNPq: 7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica)

ABSTRACT

Brief intervention for psychoactive substance use in adolescence: Parenthood and factors associated with motivation for behavior change

Although treatment for the harmful use of alcohol and/or other drugs during adolescence should be a priority, the availability of specialized and specific treatments for this public still presents limitations. Thus, it is important to highlight some characteristics from interventions for adolescents, which are receiving attention in the international literature, addressing the application of brief intervention protocols and the standardization of interventions created for the parents of drug-using adolescents. Therefore, this PhD thesis aimed at translating, adapting, and investigating the therapeutic effect of a Brief Intervention developed in the United States for drug-using adolescents, with parent sessions. Hence, it comprises two theoretical studies and four empirical studies. The first theoretical study is a Thematic Essay addressing parental attitudes towards the use of alcohol or other drugs in adolescence. The second theoretical study is a systematic review of the literature, which discusses the efficacy of treatment protocols for adolescent drug use and includes parental participation. The empirical studies have a longitudinal and retrospective design, three of them are descriptive and study 3 is analytical. The sample of adolescents was composed by males, and the relatives by parents, mothers and other family members. Study 1 is a simple pre- and post-test Clinical Trial that aimed at presenting the Brief Intervention translation and adaptation process for the Brazilian context and group format to treat adolescents who were involved with drugs which contains parent sessions. Eleven adolescents and 12 persons participated. Study 2 is a Case Study that analyzes the applicability of the Brief Intervention protocol, after translating and adapting to the Brazilian context, in an adolescent with harmful use of alcohol, with the participation of his father and mother. Study 3 is a non-randomized Clinical Trial whose objective was to test the therapeutic effect of the Brief Intervention protocol, which was adapted to the Brazilian context and to group format. Therefore, 28 adolescents were divided into three groups for comparison: 1) experimental group with adolescents and parents (GAP); 2) group with adolescents only (GA); and a control group with treatment as usual (TAU). Finally, Study 4, a Case Study, proposes to longitudinally analyze some of the factors engendering change in the drug using behavior of adolescents, with the participation of both an adolescent and his family member receiving the Brief Intervention that was adapted to Brazilian context and group format. The empirical studies' preliminary data indicate a good adaptation of the protocol to the Brazilian context and highlight the importance of parents/tutors' participation in the brief intervention with adolescents. Subsequent studies with more participants and with a mixed sample are suggested, including female adolescents. Thus, it is considered that this instrument can be viable and effective for the treatment of Brazilian adolescents, which presents an availability to a larger number of patients, since it is a brief intervention.

Keywords: Evidence-based Psychotherapy; Intervention Protocols for Adolescents; Parenting; Drug use in Adolescence.

RESUMEN

Terapia Breve para el uso de sustancias psicoactivas en la adolescencia: Parentalidad y factores asociados con la motivación para el cambio de comportamiento

Aunque el tratamiento para el uso nocivo de alcohol y otras drogas en la adolescencia debe ser una prioridad, el acceso a tratamientos especializados y específicos para ese público todavía presenta limitaciones. Así, es importante resaltar algunas características relativas a intervenciones con adolescentes que están recibiendo atención en la literatura internacional, que se trata de la aplicación de protocolos de terapia breve y de la estandarización de intervenciones destinadas a los padres de adolescentes usuarios de drogas. Por lo tanto, el objetivo de esta Tesis Doctoral fue traducir, adaptar y comprobar la eficacia terapéutica de una Intervención Breve desarrollada en los Estados Unidos, para adolescentes consumidores de drogas, con sesiones dirigidas a los padres. La Tesis Doctoral está compuesta de dos estudios teóricos y de cuatro estudios empíricos. El primero estudio teórico se trata de un Ensayo Temático que pretende hacer una reflexión acerca de las actitudes parentales frente al uso de alcohol y otras drogas en la adolescencia. El segundo estudio teórico es una revisión sistemática de la literatura, en la que se puede discutir sobre la eficacia de los protocolos de tratamiento del consumo de drogas en la adolescencia que incluyen la participación parental. En lo que se refiere a los estudios empíricos, tiene un diseño longitudinal y retrospectivo, tres de ellos son descriptivos y el estudio 3 es analítico. La muestra de adolescentes estuvo compuesta por varones y la muestra de los familiares, por padres, madres y otros parientes. El Estudio 1, se trata de un ensayo clínico simple pre y post-test cuyo objetivo fue presentar el proceso de traducción y adaptación para la realidad brasileña y a un formato grupal de la Terapia Breve destinada al tratamiento de adolescentes consumidores de drogas y con sesiones para los padres. Participaron 11 adolescentes y 12 responsables. El Estudio 2 es un estudio de caso cuyo objetivo fue analizar la aplicabilidad del protocolo de intervención breve después de su traducción y adaptación a la realidad brasileña en un adolescente con uso nocivo de alcohol, con la participación de su padre y madre. El estudio 3 se trata de un ensayo clínico no aleatorizado cuyo objetivo fue comprobar la eficacia del protocolo de terapia breve adaptado para la realidad brasileña y para el formato grupal. Para ello, participaron 28 adolescentes divididos en tres grupos para comparación: 1) grupo experimental con adolescentes y padres (GAP); 2) grupo con adolescentes solamente (GA); y un grupo control con tratamiento habitual (TAU). Por último, el Estudio 4, un estudio de caso, tuvo como objetivo analizar longitudinalmente algunos factores involucrados en el cambio de comportamiento del uso de drogas en la adolescencia y contó con la participación de un adolescente y de su familia que recibieron la Terapia Breve adaptada para la realidad brasileña y en el formato grupal. Los estudios empíricos presentan datos preliminares que apuntan a una buena adecuación del protocolo para la realidad brasileña y destacan la importancia de la participación de los padres/responsables en la intervención breve con adolescentes. Se sugieren estudios posteriores con un número mayor de participantes y con una muestra mixta, contemplando también adolescentes del sexo femenino. Así, pues, nuestros estudios sugieren que la Terapia Breve adaptada para la realidad brasileña y en el formato grupal es una herramienta viable y efectiva para el tratamiento de adolescentes brasileños, y por tratarse de una intervención breve, accesible a un número mayor de pacientes.

Palabras clave: Psicoterapia basada en evidencias; Protocolos de Terapia para adolescentes; Parentalidad; Consumo de drogas en la adolescencia.

LISTA DE TABELAS

1. Introdução.....	15
Tabela 1. <i>Confiabilidade do Questionário SOCRATES para amostra do estudo.....</i>	32
2. Seção Teórica.....	41
2.2 Revisão Sistemática da Literatura.....	45
Tabela 1. <i>Artigos selecionados e categorização dos dados.....</i>	51
3. Seção Empírica.....	62
3.1.1 <i>Estudo 1.....</i>	62
Tabela 1. <i>Apontamentos dos juízes sobre equivalência semântico-idiomática de alguns itens do manual.....</i>	72
3.1.2 <i>Estudo 2.....</i>	83
Tabla 1. <i>Evaluación de las dimensiones de la personalidad del adolescente.....</i>	89
Tabla 2. <i>Puntuaciones de los estilos parentales de los padres.....</i>	90
Tabla 3. <i>Evaluación de la motivación en el pre y posttest.....</i>	91
3.1.3 <i>Estudo 3.....</i>	99
Table 1. <i>Conditions characteristics in the baseline data.....</i>	102
Table 2. <i>Conditions and pre-posttest outcomes.....</i>	108
Table 3. <i>Clinical Significance Change across conditions in Taking Steps (SOCRATES).....</i>	109
3.1.4 <i>Estudo 4.....</i>	117
Table 1. <i>Assessments of drug use, Self-Efficacy, and Hope at pretest and follow-up.....</i>	122

LISTA DE FIGURAS

1. Introdução.....	15
Figura 1. <i>Princípios do tratamento do uso nocivo de drogas na adolescência.....</i>	22
Figura 2. <i>Recurso para auxílio da aplicação dos instrumentos nos adolescentes.....</i>	40
2. Seção Teórica.....	41
2.2 Revisão Sistemática da Literatura.....	45
Figura 1. <i>Fluxograma da Revisão Sistemática.....</i>	50
3. Seção Empírica.....	62
<i>3.1.1 Estudo 1.....</i>	62
Figura 1. <i>Instrumento para avaliar a adequabilidade da tradução e adaptação do manual.....</i>	68
<i>3.1.2 Estudo 2.....</i>	83
Figura 1. <i>La estructura de las sesiones de la terapia breve.....</i>	89
Figura 2. <i>Objetivos alcanzados en las sesiones de la terapia breve.....</i>	90
<i>3.1.3 Estudo 3.....</i>	99
Figure 1. <i>Study phases based on Consort 2010 Flow Diagram.....</i>	106
<i>3.1.4 Estudo 4.....</i>	117
Figure 1. <i>Assessments addressing the adolescent's motivational.....</i>	123

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Temática da Tese	15
1.2 Apresentação da Tese	16
1.3 Fundamentação Teórica do Tema	17
1.3.1 <i>Uso de drogas na adolescência: Caracterização</i>	17
1.3.2 <i>Aspectos envolvidos na motivação do adolescente para o tratamento</i>	18
1.3.3 <i>Tratamento do adolescente usuário de drogas</i>	21
1.4 Justificativa	24
1.5 Objetivos dos Estudos Empíricos	26
1.5.1 <i>Geral</i>	26
1.5.2 <i>Específicos</i>	27
1.6 Método dos Estudos Empíricos	28
1.6.1 <i>Delineamento</i>	28
1.6.2 <i>Participantes</i>	28
1.6.3 <i>Instrumentos</i>	29
1.6.4 <i>Procedimentos de Coleta de Dados</i>	33
1.6.5 <i>Procedimentos de Análise de Dados</i>	35
1.6.6 <i>Considerações Éticas</i>	37
1.7 Relatório do Trabalho de Campo	37
1.7.1 <i>Dificuldades encontradas no recrutamento dos participantes</i>	37
1.7.2 <i>Dificuldades encontradas na aplicação dos instrumentos e procedimentos de coleta</i>	39
2. SEÇÃO TEÓRICA	41
2.1 Ensaio Temático	41
2.2 Revisão Sistemática da Literatura	45
3. SEÇÃO EMPÍRICA	62
3.1 Estudos da Tese	62
3.1.1 <i>Estudo 1</i>	62
3.1.2 <i>Estudo 2</i>	83
3.1.3 <i>Estudo 3</i>	99
3.1.4 <i>Estudo 4</i>	117
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	129
REFERÊNCIAS DA TESE	132

APÊNDICE A – TCLE.....	139
APÊNDICE B – Termo de assentimento.....	140
APÊNDICE C – Ficha de dados sociodemográficos.....	142
ANEXOS.....	143
ANEXO 1 – Instrumentos.....	144
ANEXO 2 – Autorização para Adaptação do Protocolo.....	156
ANEXO 3 – Artigo Aceito para Publicação.....	158
ANEXO 4 – Artigos Submetidos para Publicação.....	159
ANEXO 5 – Declaração do Exame de Qualificação.....	160
ANEXO 6 – Carta de Aceite da Comissão Científica.....	161
ANEXO 7 – Aprovação do Comitê de Ética.....	162
ANEXO 8 – Comprovante do Doutorado Sanduíche.....	166

1. INTRODUÇÃO

1.1. Temática da Tese

A presente Tese de Doutorado está vinculada ao grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital”, coordenado pela Prof^a Dr. Irani Iracema de Lima Argimon e pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. O grupo de pesquisa tem como proposta investigar questões relacionadas às fases do desenvolvimento humano com foco na avaliação e intervenção de temáticas importantes em cada etapa do ciclo vital. Dessa forma, o tema central abordado nessa Tese de Doutorado é o tratamento do uso de drogas na adolescência por meio de Intervenção Breve (IB) e da participação parental.

A proposta de estudo visou à tradução, adaptação e aplicação de uma IB voltada ao adolescente, que prevê a participação direta dos pais/responsáveis (Winters, Botzet, Fahnhorst, & Leitten, 2006). O efeito terapêutico da IB foi medido através do constructo de Motivação para Mudança de Comportamento.

Sobre o conceito de Motivação, esta Tese está embasada na Entrevista Motivacional (EM) e no Modelo Transteórico de Mudança. A EM é uma abordagem que tem o objetivo de auxiliar nos processos de mudança no comportamento, focando na Ambivalência, na Prontidão para Mudança e na Motivação (Miller & Rollnick, 2001). A EM foca na ativação da Motivação do adolescente para que o mesmo possa aderir ao tratamento e alcançar mudanças em seu comportamento. Assim possui quatro princípios básicos que norteiam a atuação do seu aplicador: 1) não buscar consertar aquilo que é apresentado pelo cliente; 2) entender e explorar suas motivações; 3) escutá-lo; e 4) fortalecê-lo (Rollnick, Miller, & Butler, 2009).

O Modelo Transteórico de Mudança foca no processo de mudança e, especificamente no que faz o adolescente mudar positivamente um comportamento prejudicial, como o uso de drogas, a partir de alguns padrões de mudança como: o desenvolvimento de outros comportamentos, a modificação daqueles que já são utilizados ou o rompimento com aqueles padrões problemáticos de comportamento (Di Clemente, 2017). Esse processo de mudança contempla alguns estágios de mudança, que dizem respeito aos níveis de motivação e prontidão para a mudança de comportamento, são eles: Pré-Contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção (Prochaska, Di Clemente, & Norcross, 1992).

A IB é uma técnica que deve ser objetiva e focada em um problema principal. A proposta de IB foi originalmente desenvolvida para tratar de forma precoce o uso problemático de álcool e/ou outras drogas. Seu objetivo principal é desenvolver a autonomia do paciente frente as suas escolhas e atitudes. Na realidade brasileira, ela ainda não é muito aplicada devido à necessidade de capacitação dos profissionais, que podem ser de distintas áreas: psicólogos, médicos, educadores, enfermeiros (De Micheli, Formigoni, & Carneiro, 2014).

As IBs têm se mostrado efetivas quando se trata de intervir com adolescentes usuários de drogas (Winters, Tanner-Smith, Bresani, & Meyers, 2014), pois possuem a) um tempo limitado e b) baixo custo de aplicação; c) estão focadas na diminuição do consumo de drogas e dos riscos associados; d) e na prevenção do aumento da gravidade do uso; assim como, f) motivam o adolescente para abstinência (Garner et al., 2009; Winters, Leitten, Wagner, & Tevyaw, 2007).

1.2 Apresentação da Tese

A presente Tese de Doutorado segue uma ordem que objetiva proporcionar o entendimento de todo processo envolvido no desenvolvimento da mesma durante os anos de doutoramento. Assim, optou-se por apresentar na Introdução o Relatório do Trabalho de Campo, onde estão expostas as modificações realizadas no estudo a partir da primeira aplicação dos instrumentos em um adolescente e seus pais e das barreiras e dificuldades no desenvolvimento do mesmo ao longo de quatro anos. Entende-se que deixar exposto esse processo, auxilia que novos estudos possam ser realizados prevendo-se algumas questões encontradas no projeto inicial que não puderam ser contempladas nesse estudo.

Na Seção Teórica estão apresentadas as produções teóricas relacionadas à Tese, que são um Ensaio Temático, que aborda de forma crítica sobre o cuidado parental, e uma Revisão Sistemática da Literatura. Esta última teve um papel importante para a escolha da IB utilizada e foi apresentada na Banca de Qualificação do Projeto.

Na Seção Empírica, estão apresentados quatro estudos empíricos que compõem a Tese. O Estudo 1 é um Relato de Pesquisa, em que estão descritos todos os passos realizados na tradução e adaptação do manual para o Brasil, originalmente criado para a realidade norte-americana. O Estudo 2 apresenta um estudo de caso referente à primeira aplicação do manual traduzido. Este artigo é uma produção desenvolvida no período do

doutorado sanduíche realizado na Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”, com a co-autoria do coorientador Prof. Dr. José Heliodoro Marco Salvador.

Com a IB adaptada para a realidade brasileira, desenvolveu-se o Estudo 3 que apresenta os resultados de um estudo piloto para testar evidências de efeito terapêutico do protocolo adaptado para a realidade brasileira e no formato grupal. Verificou-se a motivação dos adolescentes no pré-teste e pós-teste, divididos em três grupos para comparação. A partir desse estudo, desenvolveu-se o Estudo 4, que é um segundo estudo de caso, em que verificou-se longitudinalmente aspectos envolvidos na mudança de comportamento do uso de drogas de um adolescente que recebeu a IB juntamente com um familiar. Nesse estudo, foram discutidas características envolvidas na mudança do comportamento de uso de drogas, como: a motivação do adolescente, níveis de esperança e níveis de autoeficácia do adolescente e do familiar.

1.3 Fundamentação Teórica do Tema

1.3.1 Uso de drogas na adolescência: Caracterização

A transição vivenciada pelo adolescente, que o leva da infância para a vida adulta, repercute em mudanças significativas no aspecto físico, emocional e no estilo de vida. Tais mudanças desenvolvimentais geram uma grande vulnerabilidade, de modo que apenas ser adolescente já se torna um fator de risco para o uso de drogas (National Institute on Drug Abuse, [NIDA], 2014).

Alguns períodos de transição de vida geram mudanças significativas que podem trazer uma vulnerabilidade para experimentação e abuso de drogas na adolescência. É o caso das mudanças físicas na puberdade e daquelas que repercutem em transformações no ambiente do adolescente, como a separação e divórcio dos pais e a troca de cidade ou de escola (National Institute on Drug Abuse, [NIDA], 2003).

Além disso, a vulnerabilidade para o uso de drogas na adolescência também pode ser explicada pelo desenvolvimento neuroanatômico, pois o cérebro ainda se encontra em formação nessa fase, e só se concluirá depois dos 20 anos de idade. Como o lobo pré-frontal é o último a se desenvolver, conseqüentemente, o raciocínio de alto nível, a tomada de decisão e o controle de impulsos ainda estão em desenvolvimento nessa fase da vida (Winters, 2008).

Os prejuízos futuros para os adolescentes que fazem uso precoce de drogas são significativos. Dados de um estudo de metanálise que compilou pesquisas longitudinais

realizadas na Austrália e Nova Zelândia informam que os indivíduos que usaram diariamente *cannabis* até os 17 anos, em comparação com aqueles que não usaram a droga na adolescência, tiveram 0,4 vezes menos chances de concluir o colégio e 0,4 vezes menos chance de concluir as etapas do ensino formal. Além disso, 18 vezes mais chance de dependência de *cannabis* ao longo do tempo e 8 vezes mais chance de usar outras drogas ilícitas (Silins et. al, 2014).

Um estudo de coorte analisou aspectos do início da vida adulta de participantes que estavam sendo acompanhados desde seu nascimento em relação ao consumo de *cannabis*. Associações significativas foram constatadas entre o aumento de consumo da droga na faixa etária dos 14 aos 21 anos e prejuízos futuros, tais como menor realização pessoal, menor satisfação com a vida e relacionamentos, e aumento do desemprego (Fergusson & Boden, 2008).

O uso precoce de álcool também traz prejuízos a longo prazo. Está associado a um impacto futuro significativo na saúde do usuário, no que diz respeito a déficits na memória, lesões no fígado, interferência na produção hormonal e portanto, no desenvolvimento físico normal (NIDA, 2014).

O uso precoce de substâncias psicoativas é um preditor para o desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias na idade adulta. Adolescentes que fizeram uso de medicamentos não prescritos, tais como sedativos, tranquilizantes, opioides e estimulantes, apresentaram maior chance de desenvolver um transtorno por uso de substância psicoativa quando adultos, segundo dados de uma pesquisa transversal com amostra representativa realizada nos Estados Unidos (McCabe, Brady, Morales, Cranford, & Boyd, 2007).

Além disso, a precocidade do uso de drogas pode afastar o adolescente do seu curso de desenvolvimento esperado, uma vez que não permite que o mesmo vivencie experiências fundamentais dessa fase de vida. Outro ponto em aberto é quais desses adolescentes usuários precoces cessarão o uso rapidamente e seguirão a se desenvolver de forma funcional, e quais tornarão seu uso de drogas grave e seguirão o uso na vida adulta (Bessa, Boarati, & Scivoletto, 2011).

1.3.2 Aspectos envolvidos na motivação do adolescente para o tratamento

Como visto, as características comportamentais comumente notáveis na adolescência podem explicar a procura pela experimentação de drogas na adolescência, dificultar a melhora do adolescente nos tratamentos e repercutir na Motivação do

mesmo para mudar o seu comportamento de uso de substâncias psicoativas. A auto-percepção ainda em desenvolvimento é outra questão inerente à vivência dessa fase e que pode interferir diretamente na continuidade do tratamento, pois envolve a dificuldade em projetar-se no futuro e de avaliar a melhor resolução para o problema.

Entende-se que a dificuldade de se projetar no futuro e enxergar os prejuízos fazem com que os adolescentes não vislumbrem os riscos do uso, visto que no presente, as consequências ainda não são tão bem percebidas. Para envolver os adolescentes no tratamento, é necessário que os mesmos sejam incentivados a enxergar os danos já experienciados no presente (Breda & Helflinger, 2004).

Além de uma questão de desenvolvimento, é importante destacar que o adolescente poderá ou não antecipar consequências arriscadas, a partir de suas características, aquelas que o tornam único. Especificamente sobre o uso de drogas, algumas características cognitivas, como a percepção de Autoeficácia, podem influenciar um comportamento e estão diretamente ligadas à Motivação (Bandura, 2004). Tanto a percepção de Autoeficácia, quanto a Motivação para Mudança de Comportamento estarão ligadas a um desfecho bem-sucedido, ou não, de um tratamento para comportamento adictivo. De forma que níveis baixos de Autoeficácia ou de Motivação podem influenciar em um desfecho pouco promissor, mesmo que o outro se mantenha em um nível alto (Marlatt & Gordon, 1993).

Entende-se por Autoeficácia, a crença do indivíduo sobre a sua capacidade de conseguir realizar uma determinada atividade, a partir da integração dos seus recursos cognitivos, motivacionais e comportamentais (Bandura, 1977). É um recurso fundamental para o auto-desenvolvimento e para uma boa capacidade de se adaptar e de mudar, pois influencia na motivação e na perseverança para atingir objetivos e expectativas e para enfrentar os desafios e dificuldades (Bandura, 2006). É importante destacar que a percepção de Autoeficácia não diz respeito à percepção de uma habilidade, mas dos recursos disponibilizados a partir desta. É sobre a crença que o indivíduo tem sobre o que pode fazer, e não sobre o que acredita que vai fazer (Maddux, & Kleiman, 2016).

Litt, Kadden e Petry (2013) em seu estudo, concluíram que tratamentos para uso de drogas que conquistaram a abstinência, foram aqueles que aumentaram a Autoeficácia dos usuários. Nesse sentido, é observado na literatura que adolescentes que apresentam uma percepção positiva acerca de sua Autoeficácia, tendem a lidar melhor com a pressão dos amigos, a evitar cometer atos infracionais e a discutirem de forma

aberta com seus pais sobre suas dificuldades e riscos vivenciados (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino, & Pastorelli, 2003).

A percepção de Esperança também é outro aspecto que pode estar envolvido na Motivação do adolescente para mudança de seu comportamento de uso de drogas por tratar-se de um importante fator protetivo, uma vez que, é entendida como cognições relacionadas com a busca por um objetivo (Snyder et al., 1991). Assim, níveis altos de esperança foram relacionados com a evitação do uso de substâncias psicoativas por adolescentes (Carvajal, Claire, Nash, & Evans, 1998) e níveis baixos foram associados com o aumento de uso de álcool na adolescência (Wilson, Syme, Boyce, Battistich, & Selvin, 2005).

Outro aspecto ligado à Motivação são os Traços de Personalidade. Os estudos encontrados que investigaram a personalidade e o uso de drogas demonstraram uma relação positiva entre essas variáveis (Chakroun, Doron, & Swendsen, 2004; Müller, Weijers, Böning, & Wiesbeck, 2008; Zaaajera et al., 2014). Deste modo, entende-se que os traços de personalidade poderão estar envolvidos na Motivação do adolescente para cessar ou reduzir seu uso de drogas.

Em geral, a personalidade se consolida até os 30 anos de idade. Seu desenvolvimento é entendido a partir de um processo interativo (epigenético) entre o temperamento e o caráter, em que os fatores hereditários (Temperamento) motivam através de respostas associativas automáticas a aprendizagem por insight (Caráter) que, por sua vez, modifica o significado do estímulo percebido. A aprendizagem por *insight* é caracterizada quando há o desenvolvimento de novas respostas adaptativas que resultam de uma experiência ressignificada (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993).

O Temperamento e o Caráter podem ser caracterizados por dimensões. As dimensões do temperamento são inatas e tratam-se da: a) Busca por Novidade – iniciar atividades exploratórias, de forma impulsiva, intensa e impaciente, evitando a frustração); b) Evitação de Danos – inibir ou parar comportamentos diante de estímulos aversivos; c) Dependência de Recompensa – manter comportamentos em busca de recompensas, dependendo da aprovação dos outros; e d) Persistência – perseverar a despeito da frustração e da fadiga (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993).

As dimensões do Caráter podem ser aprendidas e são elas: a) Auto-direcionamento – capacidade de controlar, regular e ajustar o comportamento para a finalidade de adaptação, pautada nos objetivos e valores próprios; b) Cooperatividade – capacidade de identificar-se e de aceitar as outras pessoas, sem a presença de

egocentrismo e hostilidade; e c) Auto-transcendência – capacidade de aceitação espiritual ou à apreensão de relações que não pode ser explicada analiticamente ou demonstrada a outras pessoas pela observação objetiva (Cloninger, Syrakic, & Przybeck, 1993).

Os Traços de Personalidade podem explicar o funcionamento adaptativo e a saúde mental do indivíduo. O Auto-direcionamento está relacionado a percepção de bem-estar. A Cooperatividade com a percepção de apoio social e a Auto-transcendência associada a emoções positivas. Assim, algumas interações entre os Traços de Personalidade podem influenciar a percepção do indivíduo sobre sua vida (Cloninger & Zohar, 2011). Sendo positiva essa percepção, como já abordado, pode-se entender que essa seria um fator protetivo para o desenvolvimento do adolescente.

A respeito do uso de drogas, o Traço de Personalidade de baixa Persistência foi identificado como preditor para o risco de recaída em alcoolistas (Müller, Weijers, Böning, & Wiesbeck, 2008). A Busca por Novidade está associada positivamente com o consumo de substâncias pesadas e ilícitas, como a heroína e a cocaína (Chakroun, Doron, & Swendsen, 2004). O uso de baixo risco de opioides foi associado à alta Busca por Novidade e Esquiva de Danos e baixo Auto-direcionamento e Cooperatividade. E o uso recreacional dessa droga também estava associado a níveis altos Auto-transcendência (Zaaijera et al., 2014).

1.3.3 Tratamento do adolescente usuário de drogas

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA; Brasil, 1999), o atendimento de crianças e adolescentes nos serviços públicos deve ser prioritário, especialmente quando se trata do envolvimento com drogas. Sendo necessários tratamentos desenvolvidos especificamente para essa população (Schein & Prati, 2014).

Durante muito tempo os adolescentes receberam o mesmo tratamento para uso problemático de drogas que os adultos, mas com o avanço do conhecimento sobre essa fase do desenvolvimento, percebeu-se que o público adolescente necessitava de intervenções adaptadas e flexíveis (Araujo, 2011). Para tanto, o NIDA (2014) apresentou 13 princípios do tratamento do uso de drogas na adolescência que estão apresentados na Figura 1.

Princípio	Descrição
1. O uso de drogas pelo adolescente precisa ser identificado e tratado o mais rapidamente possível.	As drogas podem ter efeitos duradouros sobre o cérebro em desenvolvimento e podem interferir no desenvolvimento familiar, social e acadêmico. A maioria dos adultos que desenvolvem um transtorno por uso de substância, iniciou o uso de drogas na adolescência ou início da idade adulta.
2. Os adolescentes podem se beneficiar de uma intervenção para tratar o uso de drogas, mesmo que não estejam fazendo um uso moderado e grave.	Para os jovens, qualquer uso de drogas (mesmo que só experimentação), é motivo de preocupação, uma vez que os expõem a perigos da droga e a comportamentos de risco associados e pode levar a mais consumo de drogas no futuro.
3. A rotina de visitas médicas anuais é uma oportunidade para investigar o uso de drogas.	Instrumentos de triagem padronizados estão disponíveis para ajudar clínicos a determinar o nível de envolvimento (se houver) em tabaco, álcool, substâncias ilícitas e uso de medicação sem prescrição.
4. Intervenções jurídicas e pressão familiar podem desempenhar um papel importante na permanência dos adolescentes com transtornos por uso de substância no tratamento.	Raramente os adolescentes sentem que precisam de tratamento e quase nunca o procuram por conta própria.
5. O tratamento para o transtorno por uso substância deve ser adaptado às necessidades do adolescente.	O planejamento do tratamento começa com uma avaliação abrangente para identificar pontos fortes e fracos do adolescente. O tratamento adequado considera o nível de desenvolvimento psicológico, o sexo, relações com a família e os pares, o quão bem ele ou ela está na escola, como estão suas relações sociais e todos os problemas físicos ou comportamentais.
6. O tratamento deve abordar as necessidades de toda a pessoa, em vez de apenas se concentrar em seu uso de drogas.	A melhor abordagem para o tratamento inclui o apoio às necessidades importantes da vida dos adolescentes. Deixar de atender a tais necessidades, compromete o sucesso do tratamento do adolescente.
7. Terapias comportamentais são eficazes no tratamento do uso de drogas na adolescência.	Auxiliam no reforço da motivação para mudança por meio: a) de incentivos para a abstinência; b) do desenvolvimento de habilidades para resistir e recusar substâncias; c) de formas de lidar com gatilhos ou desejo, substituindo o uso de drogas com atividades construtivas e gratificantes; d) de recursos para melhorar a capacidade de resolver problemas; e e) da promoção de melhores relacionamentos interpessoais.
8. As famílias e a comunidade são aspectos importantes do tratamento.	Várias intervenções buscam fortalecer as relações familiares, melhorando a comunicação e a capacidade dos membros da família para apoiar a abstinência de drogas.
9. Tratar eficazmente o uso substâncias em adolescentes requer também identificar e tratar quaisquer outras condições de saúde mental que eles possam ter.	Os adolescentes que abusam de drogas frequentemente também sofrem de outras condições, incluindo depressão, transtornos de ansiedade, TDAH, transtorno desafiador opositivo. Tais aspectos exigem um tratamento integrado.
10. As questões como violência e abuso infantil ou risco de suicídio devem ser identificadas e tratadas.	Muitos adolescentes que abusam de drogas têm uma história de abuso físico, emocional e/ou sexual ou outro trauma. Se houver suspeita, as denúncias devem ser feitas para os serviços sociais e de proteção.
11. É importante monitorar o uso de drogas durante o tratamento.	Adolescentes podem experimentar recaídas, ou um retorno ao uso de drogas. Uma recaída sinaliza a necessidade de mais tratamento ou a necessidade de ajustar o plano de tratamento atual para melhor atender as suas necessidades.
12. O tratamento deve ser por um período de tempo adequado e a continuidade de cuidados depois são importantes	A duração mínima do tratamento medicamentoso depende do tipo e extensão dos problemas do adolescente (3 meses ou mais). Muitos adolescentes também se beneficiam de cuidados continuados após o tratamento, incluindo o monitoramento do uso de drogas, visitas de acompanhamento em casa e contato da família com outros

serviços.

- | | |
|---|--|
| 13. A detecção de doenças sexualmente transmissíveis é uma parte importante do tratamento | Todas as drogas de abuso alteram o julgamento e a tomada de decisão, aumentando a probabilidade de que um adolescente possa se envolver em relações sexuais desprotegidas e outros comportamentos de alto risco. |
|---|--|

Fonte: National Institute on Drug Abuse, NIDA. (2014). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. Bethesda, MD: NIDA.

Figura 1. *Princípios do tratamento do uso nocivo de drogas na adolescência*

A adesão do adolescente é outra questão que deve ser levada em consideração quando o tema tratamento é abordado. É possível considerar alguns fatores que facilitam e alguns que dificultam a adesão. Podem ser citados como facilitadores: a) a aliança terapêutica; b) envolvimento da família; c) intervenções adequadas e adaptadas a essa etapa do ciclo vital; d) a habilitação de profissionais para trabalhar com esse público. Entre aqueles que dificultam a adesão estão: a) o acesso ao tratamento pelo adolescente; b) a disponibilidade de horários para atendimento; c) o envolvimento do com a criminalidade; d) problemas familiares; e) despreparo do profissional e do local de tratamento (Schein & Prati, 2014).

Além disso, a busca dos adolescentes por tratamento também é diferenciada da de um adulto, pois tem influência direta dos pais/responsáveis. A participação dos cuidadores dos adolescentes encaminhados para tratamento é uma condição fundamental, uma vez que, a literatura sobre o tema atenta que a participação ativa dos pais/responsáveis na vida dos filhos minimiza a vulnerabilidade ao uso de drogas na adolescência (Liddle, 2004). Um estudo pioneiro na área já apontava que a supervisão e o monitoramento adequados durante a infância e pré-adolescência poderiam atrasar ou prevenir o uso de drogas na adolescência (Chilcoat & Anthony, 1996).

Outro ponto importante a ser trabalhado no tratamento que inclui a participação dos pais/cuidadores é a orientação destes quanto ao uso de álcool e/ou outras drogas na adolescência. Como encontrado na literatura é muito comum que os responsáveis pelo adolescente sejam incentivadores do uso em casa por acharem que beber sob supervisão é mais protegido e o uso de álcool na adolescência trata-se de uma norma (Wadolowski et al., 2016). Sabe-se que essa permissão pelos responsáveis para o uso de álcool em casa está associada com um maior risco de uso nocivo de álcool pelo adolescente no futuro (Kaynak, Winters, Cacciola, Kirby, & Arria, 2014).

Assim, percebe-se que a participação dos pais repercute positivamente no tratamento do uso de drogas do filho. Estudos de eficácia que investigam esse tema estão sendo desenvolvidos e vêm demonstrando que para essa fase do desenvolvimento,

o atendimento exclusivo do adolescente acaba não suprimindo algumas questões necessárias para o seu progresso no tratamento (Liddle, Dakof, Turner, Henderson, & Greenbaum, 2008; Robbins, et al., 2011).

1.4 Justificativa

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas (United Nations Office on Drug and Crime [UNODC], 2016; 2017) uma em cada 20 pessoas com idades entre 15 e 64 anos usou pelo menos um tipo de substância psicoativa no ano de 2014 – ano em que essa Tese foi projetada – isso seria o equivalente a 5% da população mundial nessa faixa etária. A realidade mundial, no que diz respeito ao acesso a tratamentos eficazes para o transtorno por uso de drogas, ainda apresenta-se limitada. Cerca de 11% da população foi diagnosticada com algum transtorno por uso de substância e uma em cada seis pessoas recebeu tratamento para o uso problemático de drogas (UNODC, 2016; 2017). Nos Estados Unidos, 20,2 milhões de pessoas que necessitavam de tratamento para o uso de drogas, com idade a partir de 12 anos, não receberam o tratamento no ano de 2013 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, [SAMHSA], 2014).

Somado a esses números, o fato do adolescente ter experimentado ou ter um uso leve de qualquer substância psicoativa já requer uma intervenção a respeito (NIDA, 2014). A questão que certamente mobiliza os profissionais que atuam com esse público e com essa problemática é conseguir acessar e manter os adolescentes motivados com o tratamento. Os adolescentes muitas vezes estão alheios ao seu problema com relação ao uso de drogas por serem encaminhados para tratamento por outras pessoas de sua rede, e pelo fato dos efeitos da droga diminuírem sua capacidade crítica (Oliveira & Argimon, 2015).

Assim, diferentes fatores estão implicados na motivação do adolescente para iniciar e se manter em um tratamento e para se engajar na modificação de seu comportamento de uso de drogas. O tratamento do uso de drogas na adolescência requer modificações do modelo usual para adultos a fim de incentivar que os adolescentes se engajem no tratamento e se motivem para a redução e cessação do uso (Kaminer & Szobot, 2012; Oliveira & Argimon, 2015). A participação dos pais é um fator que tem demonstrado bons resultados no tratamento dos filhos adolescentes envolvidos com drogas (Liddle, 2004). Em um estudo com amostra nacionalmente representativa dos

EUA, os adolescentes de 12 a 17 anos que perceberam suporte e monitoramento dos pais apresentaram uma maior redução do seu uso de drogas em comparação com aqueles que não perceberam seus pais como participativos (SAMHSA, 2014).

O envolvimento dos pais/responsáveis é fundamental no tratamento do uso de drogas do adolescente e está relacionado a uma redução do uso (Bertrand et al., 2013). Os adolescentes têm uma tendência de não perceberem a necessidade de ajuda e dificilmente se engajam no tratamento sem um motivador externo. Assim, os pais/responsáveis exercem influência, tanto no que diz respeito ao incentivo e apoio emocional, quanto nas questões práticas do tratamento. Quando envolvidos no tratamento do adolescente, são incentivados a supervisionar o cumprimento de combinações do contrato, tais como a frequência do adolescente nas sessões e a monitorar e desenvolver com eles tarefas previstas para serem realizadas em casa (NIDA, 2014).

Assim, para que fosse obtida uma colaboração e aproveitamento maior do adolescente no estudo em questão, optou-se pela utilização de uma IB focada na Motivação do adolescente para a mudança no seu hábito de uso de drogas (Winters, Leitten, Wagner, & Tevyaw, 2007). Esta IB conta com sessões com o adolescente e com seus pais/responsáveis. Foi escolhida porque apresentou resultados superiores em comparação com a IB realizada apenas com o adolescente (Winters, Fahnhorst, Botzet, Lee, & Lalone, 2012).

Inseridos nesse contexto estão fatores que merecem atenção. Existem aspectos intrínsecos que podem interferir na melhora do adolescente envolvido com drogas, tais como os Traços de Personalidade (Winters et al., 2012), a percepção da própria capacidade de mudar (Zullig & Valois, 2017) e expectativas ligadas ao futuro (Moraes, 2016), que foram contemplados nessa Tese respectivamente por meio dos constructos de Temperamento e Caráter, crenças de Autoeficácia e nível de Esperança.

Outros aspectos, vinculados às atitudes dos cuidadores, também já foram evidenciados na literatura como fundamentais, quando se trata de compreender os fatores protetivos e de risco para o uso de drogas na adolescência (Cerutti & Argimon, 2015) e, portanto, devem ser destacados. Dessa forma, este estudo de Tese também considerou a investigação dos níveis de Autoeficácia e de Esperança dos cuidadores. Assim como, analisou os Estilos Parentais sob a perspectiva do adolescente envolvido com drogas.

Tendo em vista os aspectos apresentados, a proposta de Tese justifica a investigação de evidências de efeito terapêutico de uma IB para adolescentes usuários de drogas, com sessões para os pais e adaptada para a realidade brasileira. Dentro disso, entende-se que o tratamento para o público adolescente e brasileiro carece de intervenções devidamente adaptadas ao seu contexto. Ademais, estudos baseados em evidência são fundamentais para guiar clínicos e pesquisadores para um tratamento efetivo (American Psychological Association, [APA], 2008).

Paralelamente, se mostra importante investigar de forma mais aprofundada as características do adolescente e as questões parentais relacionadas com uma maior ou menor motivação do adolescente para o tratamento. A fim de auxiliar no entendimento do que pode estar envolvido com a adesão do adolescente ao tratamento e, por conseguinte, em um melhor prognóstico.

1.5 Objetivos dos Estudos Empíricos

1.5.1 Geral

Estudo 1

Traduzir e adaptar para a realidade brasileira e para o formato grupal um protocolo de intervenção breve para uso de substâncias psicoativas na adolescência com sessões destinadas para adolescentes e pais.

Estudo 2

Analisar por meio de um Estudo de Caso a aplicabilidade do protocolo traduzido do inglês para o português e adaptado da realidade norte-americana para a brasileira.

Estudo 3

Testar as evidências de efeito terapêutico do protocolo de intervenção breve para adolescentes e pais, desenvolvido nos EUA e traduzido e adaptado para a realidade brasileira.

Estudo 4

Analisar longitudinalmente os fatores envolvidos na mudança de comportamento do uso de drogas de um adolescente que recebeu a intervenção breve junto de seu responsável.

1.5.2 Específicos

Estudo 1

- Relatar o processo de tradução e adaptação do protocolo de IB para a realidade brasileira;
- Apresentar médias na pontuação no pré e pós-teste da primeira aplicação do protocolo traduzido e adaptado;
- Relatar o processo de adaptação do protocolo do formato individual para o formato grupal;
- Apresentar médias na pontuação pré e pós-teste do grupo que recebeu sessões do protocolo adaptado para a versão grupal.

Estudo 2

- Apresentar a aplicação do protocolo de IB para adolescentes e pais em um adolescente usuário problemático de álcool;
- Analisar a participação dos pais no tratamento do filho adolescente envolvido com uso nocivo de álcool;
- Analisar a Motivação para Mudança de Comportamento de uso nocivo de álcool no pré e pós-teste;
- Discutir sobre fatores envolvidos no nível de Motivação apresentado pelo adolescente no pós-teste (a saber: Estilos Parentais, uso de drogas pelos pais, comorbidade psiquiátrica e Traços de Personalidade).

Estudo 3

- Apresentar a aplicação na realidade brasileira do protocolo de IB para adolescentes e pais e em formato grupal;
- Comparar o grupo experimental com outras duas modalidades de grupos;
- Realizar medidas de pré e pós-teste;
- Analisar a significância clínica das médias no pós-teste.

Estudo 4

- Descrever longitudinalmente (pré-teste, pós-teste e *follow-up*) as médias de Motivação do adolescente que recebeu a IB;
- Descrever o nível de Autoeficácia do adolescente com a mudança de comportamento de uso de drogas após um ano;
- Descrever o nível de Esperança do adolescente com a mudança de comportamento de uso de drogas após um ano;

- Discutir características do familiar do adolescente que participou da IB (níveis de Autoeficácia e de Esperança e uso de drogas) com relação à mudança de comportamento do adolescente após um ano.

1.6 Método dos Estudos Empíricos

1.6.1 Delineamento

- a. Estudo 1: Ensaio Clínico simples pré- e pós-teste – Descritivo, Longitudinal.
- b. Estudo 2: Estudo de Caso – Descritivo, Longitudinal.
- c. Estudo 3: Ensaio Clínico não-randomizado – Analítico, Longitudinal.
- d. Estudo 4: Estudo de Caso – Descritivo, Longitudinal.

1.6.2 Participantes

Todos os participantes foram escolhidos por conveniência. No Estudo 1, participaram 11 adolescentes acompanhados de 12 pais/responsáveis. O Estudo 2 contou com a participação de um adolescente, do pai e da mãe. No estudo 3, participaram 28 adolescentes, 10 no grupo experimental com adolescentes e pais (GAP), 10 no grupo controle que recebeu somente sessões para os adolescentes (GA), e oito adolescentes que compuseram o grupo controle (GC), este último recebeu somente a intervenção do local. Também fizeram parte desse estudo 10 pais/responsáveis dos adolescentes do GAP. O Estudo 4 foi composto por um adolescente e um familiar.

A média de idade dos participantes dos 4 estudos empíricos foi de 15 anos ($DP = 0,99$), a idade mínima foi 14 anos e máxima 18 anos. Todos os adolescentes que participaram dos estudos da Tese eram do sexo masculino e estudavam em escola pública, sendo que a maioria ainda frequentava o ensino fundamental (86,2 %). Um percentual de 60% tinha cometido algum ato infracional e somente um participante morava com ambos os pais.

Os critérios de inclusão dos participantes adolescentes foram: a) apresentar um uso problemático de álcool e/ou outras drogas; b) ter entre 14 e 18 anos de idade (conforme indicação de idades dos instrumentos); c) assentir sua participação na intervenção e a participação dos seus pais/responsáveis; e) os pais/responsáveis consentirem sua participação. Os critérios de inclusão dos pais/responsáveis foram: a) aceitar participar do estudo e b) estar disponível para comparecer nas entrevistas e nas duas sessões previstas para serem realizadas com eles. Os critérios de exclusão dos

participantes adolescentes e pais/responsáveis foram: a) apresentar sintomas psicóticos durante o estudo; b) não completar as avaliações; e c) faltar a alguma sessão de intervenção. Foi considerada perda amostral aquele número de participantes que não participou de todas as etapas do processo: entrevista de avaliação e reavaliação, ou em uma sessão de intervenção.

1.6.3 Instrumentos

a) Ficha de Dados Sociodemográficos

Trata de questões que visaram identificar os participantes por meio de informações como: idade, escolaridade, tipo de escola, com quem mora e tratamentos psicológicos e psiquiátricos anteriores ou atuais (Apêndice C).

b) *Drug Use Screening Inventory* – DUSI:

Foi desenvolvido nos EUA por Tarter (1990) e adaptado e validado no Brasil para utilização com a população adolescente por De Micheli e Formigoni (2000). O questionário é composto por uma tabela inicial que aborda a frequência de consumo de 13 classes de substâncias psicoativas e 149 questões divididas em 10 áreas, de modo a pontuar a intensidade de problemas em relação: ao uso de substância, comportamento, saúde, transtornos psiquiátricos, sociabilidade, sistema familiar, escola, trabalho, relacionamento com amigos e lazer. As afirmativas são respondidas por “sim” ou “não” (De Micheli & Formigoni, 2002).

Para a triagem do uso de substâncias, existe a possibilidade da aplicação da tabela de frequência do uso de substâncias no último mês, juntamente com as 15 questões da área de uso de substância psicoativas (fissura, tolerância e abstinência). Após a aplicação calcula-se a Densidade Absoluta de Problemas [N° de respostas afirmativas na área $\times 100 \div N^\circ$ de questões na área = %]. O coeficiente de Alfa de Cronbach é 0,99 na escala de uso de substância (De Micheli & Formigoni, 2002). Neste estudo foi utilizada a versão reduzida (Anexo 1).

c) *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* – ASSIST:

Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e outras Substâncias. Instrumento desenvolvido sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, [WHO], 2002) e que tem como finalidade detectar o uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. Trata-se de um questionário formado por oito questões referentes ao uso de nove classes de substâncias: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos. Estas questões

abordam a frequência do uso, na vida e nos últimos três meses, e a relação do indivíduo com as substâncias. A confiabilidade do instrumento, testado no estudo de Henrique, Micheli, De Lacerda, De Lacerda e Formigoni (2004), apresenta Alfa de Cronbach de 0,80 para álcool, 0,79 para maconha e 0,81 para cocaína (Anexo 1).

d) Escala de Exigência e Responsividade:

Trata-se de uma escala utilizada para avaliar os estilos parentais que foi desenvolvida por Lamborn, Mounts, Steinberg e Dornbusch (1991), traduzida e adaptada por Costa, Teixeira e Gomes (2000) e refinada por Teixeira, Bardagi e Gomes (2004). Apresentou bons índices de consistência interna, Alfa de Cronbach entre 0,70 e 0,83 nas escalas (Costa, Teixeira, & Gomes, 2000). É composta por uma escala de cinco pontos que vão de “nunca” até “sempre” para cada afirmativa. Contém por 24 itens, 12 dizem respeito à Exigência (controle e supervisão) e 12 à Responsividade (afeto, apoio e envolvimento), tanto de pais, quanto de mães, que são avaliados separadamente. Pode ser respondida por adolescentes de 14 a 19 anos. Os quatro tipos de estilos parentais são obtidos conforme cálculo das medianas da própria amostra, para as subescalas de Exigência e Responsividade parentais. Os adolescentes podem responder sobre sua percepção de pais substitutos na falta de pai e/ou mãe (Benchaya, Bisch, Moreira, Ferigolo, & Barros, 2011) (Anexo 1).

e) Inventário de Temperamento e Caráter – Revisado (ITC – R):

Cloninger, Svrakic e Przybeck (1993) desenvolveram o ITC, com o propósito de acessar as sete dimensões de personalidade. Essas dimensões são características do Temperamento e do Caráter de um indivíduo. As dimensões do temperamento são: Busca por Novidade, Esquiva de danos, Dependência de Recompensa e Persistência. As dimensões do caráter são: Auto-direcionamento, Cooperatividade e Auto-transcendência. A versão revisada com 240 questões está validada para a realidade brasileira e demonstrou uma consistência interna satisfatória, com coeficientes de Alfa de Cronbrach acima de 0,70 nas dimensões (Gonçalves & Cloninger, 2010). A versão brasileira do ITC-R 240 é recomendada para indivíduos de 14 anos de idade ou mais.

f) Escala de Contemplação Ladder:

A Escala de Contemplação Ladder é uma medida breve de motivação e de prontidão para a mudança. Foi desenvolvida por Biener e Abrams em 1991, e no Brasil, Terra et. al (2009) realizaram uma validação convergente para a população de tabagistas. Na versão original, existem 11 pontos contínuos que correspondem a 10 degraus de uma escada. Ou seja, existe uma escala que vai de um a 10, e cada número

está acompanhado de uma afirmação a respeito das atitudes e motivação de mudança em relação ao uso de tabaco. Sendo assim, aqueles que se avaliam próximos de um, estão ainda pré-contemplativos, e mais próximos de 10 estão no estágio da ação.

Nesse estudo, foi utilizada a versão reduzida dessa escala, com cinco afirmativas, cujo objetivo é avaliar não só o uso de tabaco, como também de álcool e demais substâncias psicoativas. Na escala de cinco afirmativas os adolescentes deverão circular o número que melhor corresponde à forma como avalia sua motivação para mudança no uso de tabaco, álcool e drogas: 1 - “Não penso em parar de usar droga/álcool/tabaco” (Estágio de Pré- contemplação); 2 - “Penso que será necessário parar algum dia” (Estágio de Pré- contemplação); 3 - “Penso em parar, mas ainda não estou pronto” (Estágio de Contemplação); 4 - “Estou começando a pensar sobre como mudar meu hábito de usar droga/álcool/tabaco” (Estágio de Preparação); e 5 - “Estou fazendo alguma coisa para parar de usar droga/álcool/tabaco” (Estágio de Ação/Manutenção).

A Escala de Contemplação Ladder foi escolhida, pois tem se mostrado objetiva e de fácil compreensão em relação a outras escalas com o mesmo propósito (Amodei & Lamb, 2004; Terra et. al, 2009). Ainda mais quando se trata de acessar o entendimento do público adolescente, pois se faz necessário que os mesmos compreendam as afirmativas e consigam se avaliar por meio delas (Anexo 1).

g) *Stages of Chance Readiness and Treatment Eagerness Scale – SOCRATES*
Versão 8:

Escala criada por Miller e Tonigan (1996), que investiga o grau de prontidão/motivação para a mudança do uso de álcool por meio da caracterização de três fatores: ambivalência, reconhecimento e ação. É composto por 19 afirmativas pontuadas por uma escala de cinco pontos, e a aplicação dura em torno três minutos. Na versão norteamericana existem duas versões para a SOCRATES, uma para o álcool e outra para drogas. No Brasil, Figlie, Dunn e Laranjeira (2004) realizaram um estudo de estrutura fatorial e confiabilidade da versão 8 em português para o álcool. Na versão brasileira, o questionário está subdividido em dois fatores: Ambivalência-Reconhecimento (AmRec) e Ação, ambos apresentaram boa consistência interna: AmRec ($\alpha = 0.86$) e ação ($\alpha = 0.71$). A SOCRATES foi adaptada em uma população adulta do Brasil, mas internacionalmente, é utilizada em estudos com adolescentes (Doerfler, Melle, McLaughlin, & Fisher, 2016; King, Chung, & Maisto, 2009; Maisto, Chung, Cornelius, & Martin, 2003).

Nesse estudo, as afirmativas da versão brasileira foram adaptadas para o uso de álcool e outras drogas (Anexo 1) e para meninos com idades entre 14 e 18 anos. A média da pontuação na subescala AmRec foi de 40,09 ($DP = 10,11$) e na subescala Ação foi 32,70 ($DP = 5,98$). Os dados preliminares de confiabilidade referentes à amostra do estudo ($N = 33$) apresentam um Alfa de Cronbach nas subescalas: AmRec ($\alpha = 0,85$) e ação ($\alpha = 0,79$). A Tabela 1 apresenta as médias dos escores por itens, o desvio padrão, a correlação do item total corrigida e o Alfa se o item for excluído.

Tabela 1.

Confiabilidade da Escala SOCRATES para a amostra do estudo

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação do item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de usar álcool e/ou drogas.	4,12	1,17	0,58	0,88
2. Às vezes, eu penso se sou um alcoolista e/ou drogado.	3,30	1,45	0,63	0,88
3. Se eu não mudar logo a minha maneira de usar álcool e/ou drogas, meus problemas vão ficar piores.	3,88	1,56	0,64	0,88
4. Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação à minha maneira de usar álcool e/ou drogas.	4,15	1,00	0,73	0,88
5. Estou tentando controlar a minha maneira de usar álcool e/ou drogas.	4,27	1,04	0,76	0,88
6. Às vezes, eu penso se o meu uso de álcool e/ou drogas está prejudicando as outras pessoas.	3,97	1,21	0,62	0,88
7. Eu sou uma pessoa que tem problemas com álcool e/ou drogas.	3,52	1,56	0,53	0,89
8. Eu não estou pensando apenas nas mudanças da minha maneira de usar álcool e/ou drogas.	2,91	1,40	0,17	0,90
9. Eu já mudei o meu hábito de usar álcool e/ou drogas e estou buscando meios para não voltar a usar como fazia antes.	4,58	0,94	0,67	0,88
10. Eu tenho graves problemas com o álcool e/ou drogas.	3,42	1,66	0,58	0,88
11. Às vezes, eu penso se tenho controle sobre minha maneira de usar álcool e/ou drogas.	2,88	1,56	0,24	0,90
12. O meu hábito de usar álcool e/ou drogas está causando muitos transtornos.	3,67	1,45	0,38	0,89
13. Você parou ou diminuiu seu hábito de usar álcool e/ou drogas? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito e vá para Questão 14</i> () Sim – Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar o meu beber ou o uso de drogas.	4,15	1,30	0,26	0,89
14. Antes você tinha problemas com a bebida e/ou as drogas? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito e vá para Questão 15</i> () Sim – Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter os problemas com álcool e/ou drogas que eu tinha antes.	4,09	1,23	0,61	0,88
15. Eu sei que tenho problemas com álcool e/ou drogas.	3,97	1,24	0,44	0,89
16. Às vezes, eu acho que uso álcool e/ou drogas demais.	3,79	1,43	0,66	0,88
17. Eu sou um alcoolista e/ou drogado.	3,58	1,60	0,69	0,88
18. Eu estou me esforçando muito para mudar meu hábito de usar álcool e/ou drogas.	4,39	0,86	0,54	0,89
19. Você fez mudanças no seu hábito de usar álcool e/ou drogas?	4,15	1,48	0,47	0,89

() Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito</i>				
() Sim – Eu quero alguma ajuda para não voltar a usar álcool e/ou drogas como antes				

Nota: $N = 33$; M = média dos escores dos itens; DP = Desvio Padrão; Alfa de Cronbach da Escala = 0,89.

h) Escala de Autoeficácia Geral:

Criada por Pacico, Ferraz e Hutz (2014), seu objetivo é avaliar a crença do indivíduo sobre a sua própria capacidade de atingir os resultados almejados. Ela pode ser aplicada individualmente ou coletivamente em indivíduos com idades entre 17 e 80 anos. É composta por 20 itens, 14 positivos e 06 itens negativos, e os respondentes devem marcar em uma escala de 05 pontos que varia de “sempre verdadeira” a “sempre falsa”. O escore bruto é obtido através da soma das respostas para cada questão, sendo que os itens negativos devem ter seu escore invertido. A média para mulheres é 72,2 ($DP = 11,1$) e para homens 75,9 ($DP = 9,6$). O coeficiente Alfa de Cronbach do instrumento é 0,89 (Anexo 1).

i) Escala de Esperança Disposicional:

Utilizada para medir as crenças relacionadas com o alcance de uma meta (Pacico & Bastinello, 2014). Está adaptada e validada para adolescentes brasileiros com idades entre 14 e 18 anos (Pacico, Zanon, Bastinello, & Hutz, 2011). Essa escala de autorrelato contém 12 itens e o respondente deve marcar suas respostas em uma escala de cinco pontos (1 = totalmente falsa à 5 = totalmente verdadeira) (Pacico & Bastinello, 2014). O coeficiente Alfa de Cronbach da escala é 0,80 (Pacico, Zanon, Bastinello, & Hutz, 2011) (Anexo 1).

1.6.4 Procedimentos de Coleta de Dados

a) Tradução e Adaptação do Manual de Intervenção

O Manual de Intervenção Breve para Adolescentes Usuários de Álcool e Drogas (Winters et al., 2006) foi traduzido para a língua portuguesa pela doutoranda e integrantes do grupo de pesquisa com conhecimento em língua inglesa. A etapa seguinte foi a análise da tradução e das adaptações das intervenções e informações do Manual para a realidade brasileira. Para tanto, dois juízes, com conhecimento na língua inglesa e nas teorias que embasam a intervenção e com experiência no trabalho com adolescentes usuários de drogas, realizaram a apreciação e ajustes no protocolo. Posteriormente, foi realizada a retrodução do material das sessões por uma psicóloga brasileira com imersão na língua inglesa e uma graduanda em Psicologia de uma universidade norteamericana.

b) Etapas da coleta de dados e condições de intervenção

- Pré-teste: Todos participantes adolescentes foram avaliados antes de serem encaminhados para as condições de intervenção da pesquisa. Os pais/responsáveis também foram avaliados em um encontro. O responsável respondeu ao ASSIST (Estudo 1, 2, 3 e 4), a Escala de Autoeficácia e a Escala de Esperança Disposicional (Estudo 4). Os adolescentes responderam ao DUSI, SOCRATES (Estudo 2, 3 e 4), a Ladder (Estudo 1), a Escala de Exigência e Responsividade, ITC-R (Estudo 2), a Escala de Esperança Disposicional e a Escala de Autoeficácia (Estudo 4).
- IB-AP (Winters, et al., 2006): Trata-se de uma intervenção padronizada através de um manual fornecido pelo autor, que autorizou sua utilização para a presente pesquisa (Anexo 2). Esta IB se destina a adolescentes usuários de drogas com idades entre 12 a 19 anos. Baseia-se em três frentes teóricas: teoria dos estágios de mudança, entrevista motivacional e terapia cognitivo-comportamental – que foram ajustadas de acordo com a idade. Consiste em quatro sessões estruturadas, as sessões prevêm uma duração de 1h às 1h e meia. Os intervalos entre as sessões são de sete dias entre as três primeiras, e a quarta e última sessão acontece após um mês.

Os objetivos das sessões são: 1ª Sessão – [realizada com os adolescentes] identificar os eventos que causam o uso, examinar crenças ligadas aos eventos de ativação do uso e desenvolver crenças funcionais ligadas a abstinência; 2ª Sessão – [realizada com pais/responsáveis] discutir a importância da intervenção, desenvolver atitudes parentais eficazes, examinar as atitudes pessoais sobre o uso de drogas, e definir e incentivar o monitoramento; 3ª Sessão – [realizada com os adolescentes], focar na resolução de problemas, desenvolver métodos, componentes e habilidades para lidar com o uso de drogas; e 4ª Sessão – [realizada com pais/responsáveis e adolescentes], analisar a interação entre pais/responsáveis e adolescentes, incentivar a comunicação eficaz e um bom relacionamento familiar. Os adolescentes do grupo GAP receberam todas as sessões e os adolescentes do GA receberam somente as sessões destinadas aos adolescentes.

- Tratamento Usual – o GC recebeu o tratamento de Comunidade Terapêutica. No tratamento, o adolescente recebe atendimentos com o médico psiquiatra, psicóloga, enfermeira, assistente social e, se necessário, é levado para outro

atendimento fora da instituição. Durante todo o período de internação, os familiares e amigos que desejarem visitar o adolescente, devem apresentar comprovante de algum tipo de acompanhamento. O programa terapêutico é de nove a 12 meses, divididos em trimestres. No primeiro trimestre é feita a desintoxicação e adaptação do indivíduo. No segundo é feito o trabalho motivacional, sendo a psicoeducação a principal forma de abordagem. No terceiro e quarto trimestre, realizam-se as reinserções sociais, tendo como objetivo, reinserir o adolescente a sua vida junto a sua família e/ou abrigos. Nesta etapa os adolescentes passam cinco dias em casa (sendo de domingo à quinta ou de segunda à sexta), assim, preparando-se para a alta. Aos nove ou doze meses, é realizada a graduação durante um dia de visita com todos presentes, que consiste em uma pequena celebração em que o adolescente recebe um certificado de conclusão de tratamento.

- Pós-teste: Depois de oito semanas, os adolescentes de todas as condições responderam a alguns questionários que haviam respondido no pré-teste. A reavaliação foi realizada na quarta e última sessão, em que novamente os participantes adolescentes responderam a SOCRATES.
- *Follow-up*: Após 6 meses da conclusão da IB, levantou-se por meio de entrevista com psicóloga responsável pela Comunidade Terapêutica como os adolescentes das três condições estavam no tratamento: a) alta clínica; b) abandono; c) adesão e d) não adesão. E após 14 meses, foi possível o contato com um adolescente que participou da IB juntamente com um familiar para investigar como eles estavam em relação ao seu uso de drogas, ambos responderam novamente algumas medidas.

1.6.5 Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados dos estudos empíricos foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2008) para Windows, sendo que, para critérios de decisão estatística adotou-se o nível de significância de 5%.

A apresentação dos resultados envolve a estatística descritiva (frequência, médias e desvio padrão) e pontuações diretas. Para a análise de comparação das médias avaliadas ao longo do seguimento entre os grupos foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson. Adotou-se esta análise a partir do estudo da normalidade da distribuição dos

dados através do teste de ShappiroWilk, bem como, da homogeneidade das variâncias e covariâncias através do teste de Levene e da esfericidade através do teste de Mauchly.

Para testar se o grupo que recebeu a IB apresentou uma mudança clínica (Kendall, Marrs-Garcia, Nath, Sheldrick, 1999), primeiramente foi comprovado se essa mudança seria clinicamente significativa (Lundgren, Danoff-Burg, & Anderson, 2004) e, posteriormente, foi comprovado se a mudança produzida estava próxima as médias da população não-clínica. Para tanto, foram realizados os seguintes procedimentos (Sheldrick, Kendall, & Heimberg, 2001):

- a) Confiabilidade da mudança produzida (*Reliable Change Index – RCI*) (Abramowitz, 1998; Sheldrick et al., 2001) – os cálculos foram realizados a partir do programa online “ACORN: A collaborative outcomes resource network” (www.psychoutcomes.org). As fórmulas utilizadas para os cálculos foram (X_2 = média no pós-teste; X_1 = média pré-teste; SED = erro padrão da diferença; SEM = erro padrão da medida do instrumento; DT = desvio padrão; σ_{xx} = confiabilidade teste-reteste):

$$ICF = \frac{X_2 - X_1}{SED}$$

$$SED = \sqrt{2(SEM)^2}$$

$$SEM = DT \sqrt{1 - \sigma_{xx}}$$

- b) Comparação das médias dos participantes dos grupos do estudo com as médias da população funcional (Kendall, Marrs-Garcia, Nath, & Sheldrick, 1999): as médias dos grupos de comparação deveriam estar situadas no intervalo da média da população não-clínica (+/- DP);
- c) O tamanho de efeito pelo g de Hedges (Hedges & Olkin, 1985): para calcular o Índice g de Hedges foi utilizado o programa online “Effect Size Gerador 2.2” (www.swin.edu.au/victims). A fórmula para se obter o Índice g de Hedges é:

$$Hedges\ g = (X_1 - X_2 / Hedges\ Pooled\ DP) \times Ajuste\ de\ Hedges$$

- Índice de Cohen (d):

$$d = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{dt^2 + DP^2}/2}$$

(X_1 = média pós-teste do grupo experimental; X_2 = média pós-teste no grupo não-clínico; DP = Desvio padrão em cada momento).

- Ajuste de Hedges:

$$d \times \left(1 - \frac{3}{3(n_1+n_2)-9}\right)$$

- Hedges Pooled DP:

$$\sqrt{((n_1-1) DP_1^2 + (n_2-1) DP_2^2) / n_{tot} - 2}$$

Para interpretar o tamanho de efeito foram utilizados para: pequeno (0,2), médio (0,5) e grande (0,8), (Cohen, 1988).

1.6.6 Considerações Éticas

Os procedimentos éticos do presente estudo estão baseados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). Sendo assim, o projeto de pesquisa foi encaminhado a comissão científica da Escola de Humanidades e submetido à aprovação no Comitê de Ética da Faculdade de Psicologia da PUCRS (CAAE: 48681015.6.0000.5336).

Após a indicação e aceite dos participantes, os pais/responsáveis assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Apêndice A) concordando em participar do estudo e permitindo a participação dos adolescentes. O local também assinou o TCLE como responsáveis pelos adolescentes e autorizando sua participação.

Os adolescentes, por sua vez, assinaram um Termo de Assentimento (Apêndice B), de modo a explicitar sua disposição em participar do estudo. Todos os documentos foram entregues em duas vias e os participantes foram informados sobre as questões implicadas no estudo e das suas garantias. Foram explicados os objetivos do estudo e respondidas as possíveis dúvidas dos participantes antes da coleta dos dados, de forma assegurar-lhes a liberdade de escolha de participar ou não do estudo. Além disso, foi garantido aos participantes o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos aos mesmos. Também lhes foi informado sobre a privacidade e a confidencialidade de seus dados. Os dados coletados foram devidamente armazenados nas dependências do Grupo de Pesquisa “Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital” e serão guardados por um período de 10 anos posterior a coleta. Os adolescentes seguiram tratamento após a realização do estudo.

1.7 Relatório do Trabalho de Campo

1.7.1 Dificuldades encontradas no recrutamento dos participantes

Inicialmente, o estudo pretendia ser desenvolvido com adolescentes no contexto escolar. Como se previa que seria difícil a condução da avaliação e da intervenção nas

instalações da escola, os mesmos seriam encaminhados pela direção e coordenação para coleta a ser realizada no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da PUCRS. Iniciou-se contato com escolas públicas de Porto Alegre – RS. Na oportunidade, também foi realizado contato com o ambulatório de uma Organização não governamental, que tem um núcleo específico para adolescentes, para que pudessem ser recrutados adolescentes que buscavam o serviço prestado no local.

No período de novembro de 2015 a junho de 2016, a doutoranda e uma auxiliar de pesquisa ficaram alocadas na sede dessa instituição para o recrutamento dos participantes no dia do atendimento de adolescentes. No local, também realizaram uma busca nos arquivos para contatar adolescentes que não tinham seguido tratamento após a triagem. Foi recrutado então, um adolescente e seus pais, para a realização do primeiro piloto após a tradução e adaptação do protocolo de intervenção. Nessa aplicação, reviu-se o tempo das sessões e o uso de alguns instrumentos.

Nesse período, nas escolas, iniciou-se a greve dos professores, funcionários e os alunos. Assim, ficou inviável o encaminhamento dos adolescentes por meio do contexto escolar. Esse movimento também repercutiu na chegada de adolescentes novos para o local de coleta, e os que chegavam eram em sua maioria para tratar questões de conduta, em um grupo específico realizado no local. Assim, não foi possível completar o fechamento de um grupo com pelo menos cinco adolescentes durante o período em que as pesquisadoras estiveram alocadas na referida instituição. Posteriormente, essa questão também repercutiu no número total de participantes, que no projeto tinha sido estimado, por meio do cálculo amostral, em 148 adolescentes.

Tendo em vista essas questões, decidiu-se buscar locais especializados em tratamento de adolescentes usuários de drogas, como comunidades terapêuticas. Esses adolescentes não fechavam os critérios de inclusão e exclusão estipulados no projeto, pois já estavam recebendo tratamento e teriam um uso nocivo de drogas. Ressalta-se que as intervenções breves são destinadas a prevenção e para um uso leve ou moderado de drogas (Sartes, Cruvinel, & Ferreira, 2016).

Em contrapartida, com essa amostra, seria possível aplicar as intervenções com uma perda mínima e o contato com os pais/responsáveis seria facilitado pelas visitas previstas no tratamento. Dessa forma, abriu-se mão dos itens importantes do processo, que configurariam um estudo clínico randomizado, para que fosse realizado apenas um piloto para teste do protocolo em formato grupal.

Assim, a coleta dos estudos empíricos também foi desenvolvida em uma Comunidade Terapêutica (CT) localizada em Porto Alegre – RS. Os adolescentes são encaminhados para este local por ordem judicial, para o tratamento para o envolvimento com drogas. Também são levados pelos familiares, ou por instituições e centros de tratamento.

Como os adolescentes estavam internados, tanto as avaliações, quanto o desenvolvimento das sessões grupais, foram realizados no local, em um refeitório, e com a supervisão de pelo menos um funcionário. Assumindo-se que a presença dos mesmos poderia interferir nas respostas e no desenvolvimento das sessões, mas respeitando-se o funcionamento do local.

A distribuição dos adolescentes foi feita em três grupos, e não em dois, conforme o projeto, que objetivava comparar o grupo experimental com grupo controle. Optou-se por comparar um grupo em que os adolescentes e seus cuidadores receberam a intervenção, um grupo em que somente os adolescentes receberam a intervenção, para ver a diferença da participação dos cuidadores, e um grupo em que os adolescentes receberam a intervenção padrão do local, para que pudesse ser controlado o fato de que eles já estavam em tratamento. Os adolescentes foram designados aos grupos de acordo com a disponibilidade dos responsáveis em participar das sessões. Portanto, não houve uma distribuição aleatorizada.

O monitoramento das sessões foi realizado através de anotações em um diário de campo pela própria doutoranda, que foi quem conduziu todas as sessões. As observações anotadas focaram principalmente o tempo de realização das tarefas previstas nas sessões e a aplicabilidade dos materiais das sessões. Foi possível verificar com isso algumas modificações importantes nos materiais, para contemplar a realidade daqueles que receberam a intervenção.

1.7.2 Dificuldades encontradas na aplicação dos Instrumentos e nos Procedimentos de coleta

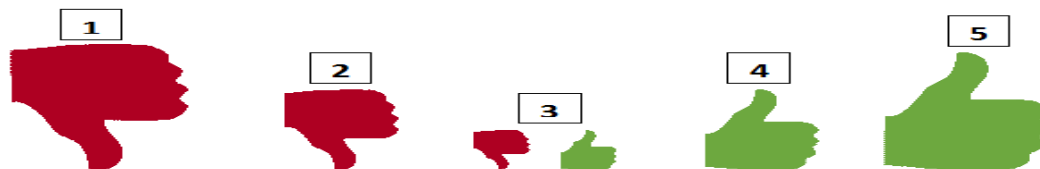
Após a primeira avaliação no estudo piloto da adaptação do protocolo de intervenção, foram revistos alguns instrumentos. O instrumento destinado a investigar escuta reflexiva, *Helpful Responses Questionnaire – HRQ* (Miller, Hedrick, & Orlofsky, 1991), que estava previsto no projeto, apresentou-se de difícil compreensão e de longa aplicação. Com isso, optou-se por retirar esse instrumento e substituí-lo por dois instrumentos um que mede a Autoeficácia e outro a Esperança dos cuidadores. Tratam-

se da Escala de Autoeficácia Geral (Pacico, Ferraz, & Hutz, 2014) e a Escala de Esperança Disposicional (Pacico & Bastinello, 2014).

Quanto às informações sociodemográficas e psiquiátricas dos adolescentes, foi solicitado que a psicóloga do local respondesse baseada nos prontuários clínicos. Como as visitas dos familiares eram restritas a um dia da semana (domingo), a quantidade de instrumentos foi reduzida, para aproveitar o tempo com os responsáveis, que ficou no tempo máximo de 1h30 para a realização da sessão.

Não foi possível a reaplicação das medidas no *follow-up* (após seis meses) com nenhum participante do Estudo 3 porque o contato com os adolescentes ficou inviável, maioria era de outras cidades do estado. Optou-se por fazer uma entrevista com a psicóloga do local, que informou sobre a situação dos adolescentes após seis meses da aplicação do pós-teste. A mesma informou sobre a forma como cada adolescente concluiu o tratamento, se chegou ao final do processo, e informações de como se mantinham após a reinserção social.

Devido à distância, restrição do local e risco envolvido na coleta, a doutoranda não pode contar com auxiliares de pesquisa, apenas com a ajuda da psicóloga do local que auxiliou na aplicação dos instrumentos no pré-teste. Assim, o cegamento no processo de avaliação também não pode ser cumprido. Para aplicação dos instrumentos foi elaborado um recurso que indicava o grau de concordância através de figuras de positivo e negativo (Figura 2). Assim, as questões eram lidas em voz alta para todos os adolescentes reunidos em uma sala e àqueles que tinham dificuldade na leitura e compreensão tinham no recurso a indicação pelo símbolo do número que melhor descrevia sua resposta. Além disso, os mesmos eram auxiliados individualmente quando demonstravam dificuldade. Todos os protocolos aplicados foram revistos e as questões que faltavam serem respondidas eram preenchidas pelos adolescentes no mesmo dia da aplicação.



Fonte: Elaboração própria.

Figura 2. Recurso para auxílio da aplicação dos instrumentos nos adolescentes

SEÇÃO TEÓRICA

2.1 Ensaio Temático

Mensagem aos pais

Caros pais,

Imagino que em tempos de discussão a respeito da legalização da maconha e da falta de referências sobre a educação dos filhos, se torna árdua a tarefa de se posicionar sobre o contato dos seus filhos com as drogas, principalmente, aquelas consideradas lícitas. Venho por meio desta, falar sobre minha opinião a respeito deste assunto. Acredito que quando os pais não se posicionam contra o uso de drogas, há uma maior chance de consumo dessas substâncias pelo filho adolescente.

Tenho certeza que muitos de vocês devem estar pensando, a partir de suas experiências e aprendizados, que se apresentarem álcool ou tabaco ao filho, estarão, de forma controlada, mostrando os limites e prejuízos do uso. Sei que muitos pais permitem ou até estimulam que os filhos experimentem bebidas alcoólicas em casa porque assim entendem que, se os filhos usarem por perto, terão mais controle sobre o uso, pois tudo acontecerá sob vigilância.

Outros devem estar pensando que quanto mais se proíbe algo, mais este algo se torna atraente. Devem inclusive estar imaginando exemplos para argumentar, que envolvam o tema sexo: “não adianta proibir, eles fazem mesmo assim!” O ponto é que sobre sexo, fica difícil tratar de forma a se posicionar contra porque é esperado que eles um dia experimentem e sigam praticando na vida adulta. O que é possível que façam, a respeito desse assunto, e enquanto responsáveis por seus filhos, é se posicionarem contra o sexo inseguro e prematuro, e a exposição e a agressividade sexual que acontece em alguns casos.

Contudo, nosso foco é o uso de drogas. E nesse caso, apenas com a experimentação já podemos contar com os malefícios e riscos. Proponho refletirmos sobre o uso do álcool e tabaco no nosso dia-a-dia. Será que esta prática deve acontecer necessariamente? Por estarmos falando de adolescentes? Assumiriam o risco de falar aos filhos que dentro de casa podem; que usem, mas não em demasia, ou que só quando forem adultos irão usar? A minha resposta de imediato para estes questionamentos é: nem tudo que dá prazer faz bem!

Logo seguirei argumentando outros pontos a favor da minha proposição, antes penso que existe mais uma questão que imagino que está lhes inquietando, que se trata da percepção de que a legalização das drogas é um movimento que reduz o tráfico e a violência. O que vemos quase que diariamente são campanhas contra os malefícios do tabaco à saúde e dos riscos do uso do álcool para acidentes de carro. A minha opinião é que a legalização das drogas é uma ação política e econômica que acaba por tirar o foco dos prejuízos do uso. Nesse sentido, me preocupa a legalização de outras drogas, como a tão debatida legalização da maconha. Apenas para informar-lhes, o consumo agudo de *cannabis* está associado com o aumento do risco de acidentes de veículo automotivo, principalmente colisões fatais, como nos mostram pesquisas sobre o assunto.

Citando outros dados sobre o uso de drogas lícitas no Brasil, uma pesquisa revelou que 82% dos estudantes de ensino médio que participaram do estudo já haviam usado álcool. Desses, 11% experimentaram antes dos 12 anos. O uso precoce de álcool também está associado a uma percepção da falta de repreensão por parte dos pais para o uso e ao consumo de drogas por eles. Chamo atenção a esse último ponto!

O exemplo de uso pelos pais dentro de casa é prejudicial, porque os pais servem de modelos de comportamento. Logo, se os pais usam, não é ruim! Peço licença para trazer mais dados de outro estudo que mostrou que o tabagismo dos pais está associado com comportamentos de risco à saúde em adolescentes, tais como uma maior probabilidade de fumar, uso frequente de álcool e uso de drogas ilícitas.

Além disso, os pais necessitam saber da sua responsabilidade civil quanto aos filhos menores de idade, dos riscos de permitir álcool nas festas em sua casa ou de não se posicionarem contra eventos sociais que disponibilizam álcool aos menores. Sei que são questões que acabam se tornando rotina e assim, passam a não serem mais questionadas. Lembro de uma professora certa vez ter me feito pensar o porquê da oferta de bebidas alcoólicas para os pais em festinhas infantis, cujo foco é a infância. De fato, vendo a cena “de fora”, o álcool não combina com os brigadeiros e as brincadeiras! Outro exemplo dessa naturalização do uso de álcool são as cenas em novelas ou filmes, em que a personagem faz uso de bebida alcoólica para se sentir melhor, enquanto existem outros recursos que ajudam a resolver e não apenas mascaram o problema.

Ainda nesse sentido, muitos pais limitam o uso até a maioridade (“não pode usar porque ainda é criança”), o que pode gerar uma demanda no adolescente de “ser” adulto através do uso de drogas. Além disso, se a proibição é até atingir a maioridade, quer

dizer que ele receberá a informação de que um dia poderá usar e terá total controle sobre esse uso?

Assim como quando seus filhos eram pequenos e vocês precisaram orientar eles a atravessar a rua, escovar os dentes ou tomar banho, demonstrando a importância deles terem esses cuidados para com eles mesmos, as regras quanto ao uso de drogas devem ser claras, apontando os prejuízos e os motivos para o não uso. Falar sobre o assunto é diferente de ser tolerante e permissivo com o uso de drogas. A comunicação protege e deve ser sempre investida e incentivada.

Vocês devem estar pensando: “mas como falar com meus filhos sobre isso?”, já que não conseguem mais acessá-los hoje em dia como conseguiam na infância deles. Eles agora preferem falar com os amigos ou outras pessoas de seu convívio. Sei que seria muito bom se existisse um manual para lidar com os filhos na adolescência, mas infelizmente a prática e a experiência ainda são os melhores recursos. O fato é que a maioria deles espera esta aproximação e quer seu reconhecimento. Assim, seu filho (a) entenderá suas tentativas de aproximação como cuidado e atenção (e deixo claro, que sei que no início serão muitas tentativas).

Aliás, falando na aproximação dos seus filhos com amigos e outras pessoas fora do meio familiar, é importante que o seu posicionamento a respeito das amizades deles seja, da mesma forma, claro. Para afirmar tal aspecto, baseio-me no que apontou uma pesquisa que observou que o monitoramento e o afeto dos pais afastam os filhos do uso de drogas. Portanto, é fundamental que vocês estejam próximos dos filhos, saibam sobre a vida escolar e social deles.

Para mim existem algumas questões que facilitam a aproximação entre pais e filhos, que incluem a empatia, que é a capacidade de poder se colocar no lugar deles, ver da perspectiva deles; a adaptação da forma de se comunicarem com eles, não tratá-los mais como crianças, mas como alguém em desenvolvimento; e principalmente, enxergá-los como indivíduos e não como uma extensão de vocês. Mas tudo isso deve respeitar uma hierarquia de modo que não é necessário se tornarem “adolescentes” também, pois seus filhos precisam de alguém que lhes apoie e lhes dê segurança. Da mesma forma é importante ressaltar achados de mais uma pesquisa que demonstrou que jovens que tem uma ligação fraca com a família têm maior propensão a usar drogas.

Tendo em vista todas essas questões, acredito que ficou em evidência a importância que vocês têm para o desenvolvimento de seus filhos. Que é fundamental que estejam próximos ainda que eles já não queiram tanto a sua presença. E que sua

opinião importa, mesmo que as das outras pessoas também. Acima de tudo, gostaria de dar maior ênfase aos seus comportamentos que certamente servirão como modelos para seus filhos.

Referências para consulta

- Asbridge, M., Hayden, J. A., & Cartwright, J. L. (2012). Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ*, *344*, 1-9. doi: 10.1136/bmj.e536
- Hemovich, V., Lac, A., & Crano, W. D. (2011). Understanding early-onset drug and alcohol outcomes among youth: the role of family structure, social factors, and interpersonal perceptions of use. *Psychology, Health & Medicine*, *16*(3), 249–67. doi: 10.1080/13548506.2010.532560.
- Moura, Y. G., Sanchez, Z. V., & Noto, A. R. (2010). Diversity of contexts in drug use among street adolescents. *Qualitative Health Research*, *20*(9), 1241-53. doi: 10.1177/1049732310370967
- Sanchez, Z. M., Santos, M. G. R., Pereira A. P. D., Napo, S. A., Carlini, C., Carlini, E. A., & Martins, S. S. (2013). Childhood alcohol use may predict adolescent binge drinking: a multivariate analysis among adolescents in Brazil. *Journal of Pediatrics*, *163*(2), 363-68. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.01.029.
- Virtanen, M., Pietikäinen, M., Kivimäki, M., Luopa, P., Jokela, J., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2009). Contribution of parental and school personnel smoking to health risk behaviours among finnish adolescents. *BMC Public Health*, *9*, 382-90. doi: 10.1186/1471-2458-9-382.

2.2 Revisão Sistemática da Literatura

A eficácia de protocolos de intervenção com abordagem familiar para tratamento do adolescente usuário de drogas: Revisão sistemática

Resumo

Este artigo tem como objetivo discutir sobre a eficácia de protocolos de tratamento de adolescentes usuários de drogas focados na abordagem familiar. Método: A partir da revisão sistemática da literatura, compilou-se estudos presentes nas bases de dados dos indexadores PsycInfo, Pubmed, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Scopus. Os artigos recuperados pelas palavras-chave foram primeiramente selecionados através da leitura do *abstract* e naqueles que permaneceram, aplicaram-se os critérios de exclusão. Resultados: Seis modalidades de tratamento foram selecionadas no processo final. Os achados dos estudos apontam a superioridade dos tratamentos de adolescentes usuários de drogas que contemplam a intervenção junto a familiares, em comparação com outras modalidades de tratamento cujo foco era somente o adolescente. Considerações finais: Esta revisão mostrou uma evidência científica de maior eficácia para as abordagens familiares no tratamento do adolescente usuário de drogas, colaborando para reflexões na área.

Palavras-chave: Atitudes do adolescente; Abuso de drogas; Terapia de Base Familiar

The protocols intervention efficacy of family-based treatment for drug user adolescent: Systematic review

Abstract

This article objective is to discuss the protocols interventions efficacy to treat drug abusing adolescents focused on family-based treatments. Method: a literature systematic review was used to compile studies found in data-basis at the PsycInfo, Pubmed, Cochrane Central Register of Controlled Trials and Scopus indexers. The articles gathered by the key words were selected, firstly, by reading the abstract, and then the exclusion criteria were applied in the remaining ones. Results: six treatment modalities were selected at the final stage. The studies' findings suggest that the family-based treatments for drug abusing adolescents were superior, when compared to other treatment modalities that focused just on the adolescent. Final considerations: This review showed scientific evidence of greater effectiveness for family approaches in the treatment of adolescents drug users, contributing to reflections in the area.

Keywords: Adolescent Attitudes; Drug Abuse; Family-based Treatment

La eficacia de los protocolos de intervención con enfoque familiar para el tratamiento de lo adolescente consumidor de drogas

Resumén

Este artículo tiene como objetivo abordar sobre la cualidad de los ensayos controlados aleatorios acerca de los tratamientos para adolescentes consumidores de drogas que se centraron en el enfoque familiar. Método: Los estudios estaban presentes en las bases de

datos PsycInfo, PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials y Scopus. Los artículos recuperados por palabras clave se seleccionaron primero leyendo el resumen y los que se quedaron, se aplicó a los criterios de exclusión. Resultados: En el proceso seis modalidades de tratamiento se han seleccionado. Los resultados de los estudios muestran la superioridad de los tratamientos de los adolescentes consumidores de drogas que consideran el enfoque familiar, en comparación con otras modalidades de tratamiento cuyo objetivo era sólo el adolescente. Consideraciones finales: Esta revisión mostró evidencia científica de una mayor eficacia de los enfoques de La familia en el tratamiento de adolescentes consumidores de drogas, lo que contribuye a las reflexión en el área.

Palabras-Clave: Comportamiento del Adolescente; Consumo de las Drogas; Tratamientos con Enfoque Familiar

Introdução

O comportamento adolescente constitui-se foco de estudos e discussões permeados por concepções diferentes e, às vezes, divergentes. Enquanto a adolescência é cultuada e prolongada por muitas culturas, principalmente a ocidental, em outras, o adolescente é alvo de preconceitos e julgamentos devido à sua dinâmica comportamental, considerada característica dessa fase do ciclo vital.

A juventude e um longo futuro pela frente se contrapõem a comportamentos de risco, impulsividade, labilidade emocional e imediatismo. A imaturidade cerebral do adolescente e as altas taxas de produção hormonal têm sido relacionadas à sua tendência à impulsividade e tendência à impulsividade e dificuldade na tomada de decisões (Winters, 2008 Ademais, a fraca conexão neuronal entre a área do prazer e o sistema inibitório no cérebro contribui para a imaturidade nos adolescentes (Weissman et al., 2015).

O grupo de pares exerce grande influência nas atitudes dos adolescentes. Em sua pesquisa McDonough, Jose e Stuart (2015), testaram a influência dos pares no uso de substâncias psicoativas em 1940 adolescentes de 10-15 anos da Nova Zelândia. O estudo concluiu que a influência negativa dos pares (propiciar oportunidades, servir como modelos de comportamento e de desvio de normas, crenças e atitudes em relação ao uso de substâncias) aumentou o uso em todas as drogas, enquanto a influência positiva não demonstrou causar mudanças (Bahr, Hoffmann, & Yang, 2005; Guo, Hill, Hawking, Catalano, & Abbott, 2002). A falta de monitoramento e proximidade parental colaboram para uma maior vulnerabilidade e exposição aos comportamentos de risco (Chilcoat & Anthony, 1996; Fallu et al., 2010; Hemovich, Lac, & Crano, 2011). Pais com histórico de uso de drogas e comunicação ou relação conflituosa entre pais e filhos

são fatores correlacionados com a experimentação de drogas (Butterworth, Slade, & Degenhardt, 2014; Haug, Núñez, Becker, Gmel, & Schaub, 2014).

Estima-se que nos Estados Unidos, 20,5 – 48,9% dos estudantes entre a 8ª e a 12ª série já experimentaram alguma substância psicoativa (Johnson, O'Malley, Miech, Bachman, & Schulenberg, 2016). O consumo precoce de drogas, como a *Cannabis Sativa*, tem sido relacionado a prejuízos biopsicossociais e ao prognóstico sombrio de agravamento do comportamento aditivo (Silins et al., 2014).

O desenvolvimento cerebral do adolescente apresenta maior vulnerabilidade devido a imaturidade orgânica de áreas relacionadas à regulação do humor e tomada de decisões (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2014). Além disso, observam-se consequências indiretas, como adição a video games (Coëffec et al., 2015), aumento da criminalidade e da prevalência de patologias orgânicas (Haug et al., 2014) e psiquiátricas (Weissman et al., 2015).

A síndrome de abstinência é considerada o principal motivo para a manutenção do comportamento aditivo. A gravidade do comportamento aditivo é relacionada à ocorrência de sintomas psicológicos e físicos, bem como deterioração de comportamentos sociais saudáveis, onde a busca pela substância ocorre pela necessidade de aliviar esses sofrimentos, colaborando para aumento das chances de recaída (Koob et al., 2014). A literatura apresenta que o índice de recaídas pós-tratamento ainda é alto (Settles & Smith, 2015).

Do exposto, o planejamento e implementação de abordagens para a proteção à saúde dos adolescentes, minimizando os prejuízos decorrentes do consumo de drogas, apresenta-se como preocupação e desafio. Pesquisadores buscam desenvolver estratégias terapêuticas para lidar com esse público em tratamentos psicológicos e psiquiátricos ao longo das últimas décadas (Garner et al., 2009; Hogue, Dauber, Stambaugh, Cecero, & Liddle, 2006; Rounds-Bryant, Kristiansen, & Hubbard, 1999).

Dentre os avanços na abordagem ao adolescente usuário de drogas, destaca-se o reconhecimento da importância da inserção dos pais/cuidadores como corresponsáveis pelo tratamento dessa clientela (Bertrand et al., 2013; Winters & Leitten, 2007). Nas últimas décadas, tem se desenvolvido um maior número de estudos controlados de eficácia e efetividade nos tratamentos de base familiar para adolescentes usuários de drogas. Da mesma forma, tem se ratificado a necessidade de investir em técnicas que mantenham e motivem o adolescente ao tratamento, se evidenciando os ganhos da inclusão dos pais/cuidadores nesse processo (Liddle, 2004).

Levando-se em consideração que a fase da adolescência está permeada pelas características citadas, as intervenções com os adolescentes requerem estratégias específicas. Os tratamentos para o uso de drogas necessitam voltar-se para estas especificidades e os profissionais que lidam com essa temática precisam ter acesso aos investimentos nessa área. A partir disso, o objetivo desse estudo foi compilar estudos sobre tratamento de adolescentes usuários de drogas focados na abordagem familiar, a fim de tratar sobre a eficácia dos protocolos apresentados.

Diante do exposto construiu-se o questionamento: “Qual a eficácia de protocolos para o tratamento de adolescentes usuários de drogas sob o enfoque da abordagem familiar?”. Assim, o objetivo dessa revisão é investigar a eficácia de protocolos para o tratamento de adolescentes usuários de drogas sob o enfoque da abordagem familiar.

Método

Uma revisão sistemática da literatura foi realizada seguindo as recomendações do PRISMA (Moher et al., 2010). Assim, os estudos foram pesquisados nas bases de dados Pubmed, PsycINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Scopus. A busca seguiu as regras de cada base de dados utilizada. Os restritores/limitantes escolhidos foram: *Randomized, Human, Clinical Trial, Comparative Study, Controlled Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Validation Studies*.

Os termos utilizados na pesquisa: [*“drug abuse”*] AND [*“adolescent attitudes”*] OR [*“adolescent substance abuse”*] AND [*“Family therapy”*] OR [*“parent training”*] AND [*“intervention”*] OR [*“manualized”*] OR [*“program”*] OR [*“treatment”*], foram encontrados no banco de terminologias *Thesaurus of Psychological Terms* da *American Psychological Association* – APA (psycnet.apa.org), assim como houve uma complementação de palavras-chave encontradas em artigos de referência no tema. Aquelas referentes à terapia de base familiar utilizou-se os descritores *“Family therapy”* e *“parent training”*, que foram escolhidos independente da questão teórica, após algumas “buscas-testes”.

Foram considerados somente artigos nos idiomas: espanhol, inglês e português. O levantamento de *abstracts* restringiu-se aos últimos dez anos, uma vez que o tema abordado pelo estudo, abordagem familiar em dependência química, se trata de algo relativamente novo dentro das modalidades de tratamento da área (Payá & Figlie, 2010).

A busca *on-line* inicial nas bases de dados foi conduzida por dois pesquisadores independentes no mesmo espaço de tempo para evitar vieses. Inicialmente houve a

leitura por dois juízes do *abstract* dos artigos recuperados. Os artigos repetidos nos bancos de dados foram excluídos. Nessa etapa foram incluídos os artigos que seguiam os seguintes critérios de inclusão: a) Estudos que tratassem sobre a temática da adolescência e uso de drogas; b) Foco no acompanhamento de pais de adolescentes usuários de drogas; podendo ter o tratamento combinado com os adolescentes.

Somaram-se ao total de artigos escolhidos na etapa dos critérios de inclusão outros estudos que foram encontrados por meio da busca manual, tanto nas referências dos artigos já selecionado, quanto em buscas assistemáticas do tema. Este recurso foi realizado a fim de encontrar os estudos originais/principais de cada intervenção, assim como algumas intervenções com pais que não foram contempladas na busca sistematizada.

Na etapa seguinte, o total de artigos foi analisado a partir dos critérios de exclusão. Assim, foram desconsiderados os artigos que apresentassem: a) Uma intervenção clínica não baseada em um protocolo; b) Propostas de tratamento que não focassem na importância da participação dos pais no tratamento do filho adolescente usuário de substância psicoativa; c) Os pais somente para coleta de informações; d) A mesma intervenção, mas que não fosse o principal estudo clínico controlado randomizado.

Os artigos que permaneceram após a aplicação dos critérios de exclusão, também foram analisados por sua qualidade metodológica pela Escala JADAD cinco pontos (*JADAD score on a 5-point scale*; Jadad et al., 1996). Esse instrumento foi escolhido porque é de fácil e rápida aplicação e é um dos recursos mais utilizados para avaliar a qualidade de ensaios clínicos randomizados (Berger & Alperson, 2009). A escala JADAD é dividida em duas partes. A primeira tem pontuação máxima de três pontos, através de respostas dicotômicas (sim – 1 ponto; não – 0 ponto) para os seguintes critérios: (1) randomização, (2) duplo-cego; (3) perdas (*dropouts*). Na segunda parte, há a pontuação adicional para mais dois critérios: (4) método de randomização adequado e (5) cegamento adequado. Estudos que pontuam dois ou menos são considerados de má qualidade, e superior a dois são avaliados com qualidade excelente (Jadad et al., 1996). Assim, foram excluídos artigos que não atingiram a pontuação de qualidade excelente.

Resultados

Na busca sistemática foram localizados 44 artigos e foram incluídos 11 por meio da busca manual. No final do processo restaram seis artigos. Aqueles desconsiderados pelos critérios de exclusão ($n = 15$) foram retirados por: estar incompleto (1); se tratarem de estudos com outras faixas etárias, que não adolescentes (2); estudo sem intervenção com pais (1); estudos com outros delineamentos (3); estudos que repetiram a mesma intervenção (5) e estudos de má qualidade (3). A Figura 1 apresenta o fluxograma do método utilizado.

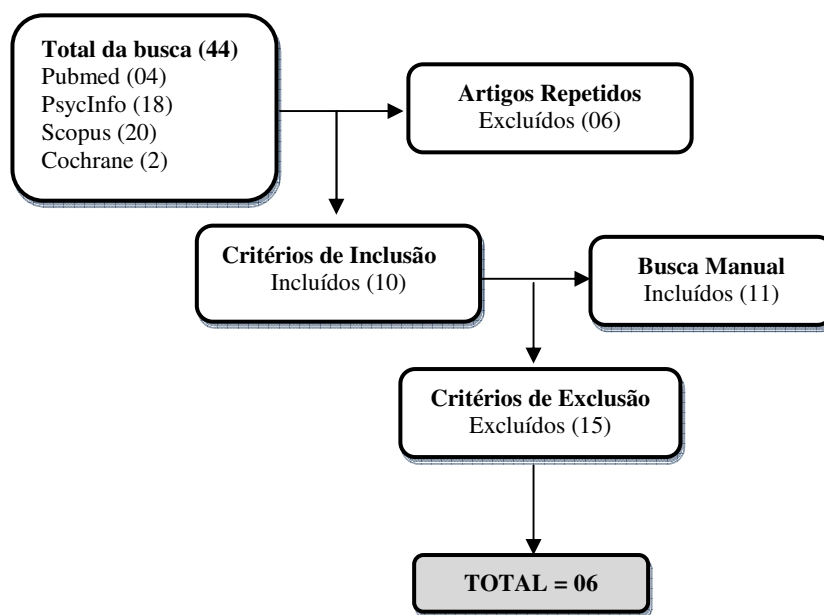


Figura 1. Fluxograma da Revisão Sistemática

Qualidade Metodológica dos Estudos

A média da qualidade dos seis estudos selecionados nessa revisão sistemática foi 3,0, indicando que os mesmos atentaram para questões importantes para a realização de um ensaio clínico randomizado (randomização, duplo-cegamento e perdas) e podem ser considerados estudos de qualidade excelente. Observa-se que, dos itens apontados como fundamentais na qualidade dos estudos (Jadad et al., 1996), todos os artigos fizeram uso do método de randomização e a maioria ($n = 5$) descreveu o procedimento. As perdas foram apresentadas em todos os estudos. Entretanto, apenas dois estudos foram duplo cego.

Todos os estudos avaliaram o impacto de suas intervenções por meio do *follow-up*, foi empregada em todos os estudos que fazem parte dessa revisão sistemática. O tempo de latência entre o pós-teste e o *follow-up* variou entre seis e 22 meses. Para melhor sintetizar as informações relacionadas aos estudos, estas foram compiladas na Tabela 1.

Tabela 1
 Artigos selecionados e categorização dos dados (n = 6)

Artigo	Objetivos	Procedimentos
Winters et al. (2012), EUA	Investigar a efetividade da Intervenção Breve com Adolescentes e Pais (BI-AP) em comparação com a Intervenção Breve com Adolescentes (BI-A) e o Grupo Controle (GC)	Instrumentos*: SOCRATES; TLFB; ADI; PEI; <i>Problem-Solving Questionnaire</i> ; APQ; TRS/ Entrevista Estruturada Randomização: participantes para os grupos Cegamento: dos avaliadores
Robbins et al. (2011), EUA	Avaliar a eficácia da BSFT em comparação com o tratamento usual de adolescentes usuários de drogas (TAU)	Instrumentos de Medidas*: A mensuração do uso de drogas foi realizada no início do acompanhamento e após 12 meses. As avaliações do adolescente e família foram realizadas no início e 4, 8 e 12 meses depois da randomização. Questionário socio-demográfico; TLFB; Exame de urina; DISC; Parenting Practices Questionnaire; Family Environmental Scale Randomização: participantes e terapeutas Cegamento: dos avaliadores
Koning et al. (2009), Holanda	Testar a eficácia das intervenções (Grupo de Pais, Grupo de Estudantes e Grupo Combinado), comparando-as com o grupo controle, para prevenir o consumo semanal de álcool em adolescentes	Instrumentos: Quantidade de copos de bebida alcoólica ingerida em 1 dia de final de semana. E a frequência de uso no último mês. Randomização: em blocos, distribuição escolas entre as condições de tratamento
Stanger, et al. (2009), EUA	Comparar os efeitos da intervenção Manejo de Contingências + Manejo Familiar (GE) com o grupo controle (GC), em relação à abstinência de drogas e ao comportamento parental	Instrumentos*: (Adolescentes) – exame de urina, bafômetro, TLFB, VSDI, YSR. (Pais) – CBCL; APQ Randomização: distribuição por sequência atribuída por computador
Liddle et al. (2008), EUA	Comparar a eficácia da MDFT com a TCC	Instrumentos*: TLFB; DISC; PEI. Randomização: em blocos dos participantes
Slesnick & Prestopnik (2005), EUA	Examinar a eficácia da EBFT, comparando com o serviço padrão para adolescentes residentes de um abrigo para fugitivos (SAU)	Instrumentos*: FORM 90; exame de urina; POSIT; <i>Health Risk Questionnaire</i> ; YSR; BDI; NYSDS; FES; CTS; PBI; CDISC Randomização: participantes sorteados para EBFT

Note. *ADI – *Adolescent Diagnostic Interview*; APQ – *Alabama Parenting Questionnaire*; BDI – *Beck Depression Inventory*; CBCL – *Child Behavior Check list*; CDISC – *Computerized Diagnostic Interview Schedule for Children*; CTS – *Conflict Tactic Scale*; DISC – *Diagnostic Interview Schedule for Children*; FES – *Family Environment Scale*; NYSDS – *National Youth Survey Delinquency Scale*; PBI – *Parental Bonding Instrument*; PEI – *Personal Experience Inventory*; POSIT – *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers*; *Problem-Solving Questionnaire*; SOCRATES – *The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*; TLFB – *Timeline followback*; TSR – *Treatment Services Review*; VSDI – *Vermont Structured Diagnostic Interview*; YSR – *Youth Self-Report*.

Caracterização dos protocolos de intervenção dos estudos selecionados

O número de sessões nas condições de tratamento avaliadas variou entre três e 16 encontros. As intervenções designadas com grupo-controle foram: avaliação no pré e pós-teste, tratamento usual de adolescentes usuários de drogas, intervenção padrão da escola, terapia cognitivo-comportamental e serviço padrão oferecido em abrigos para crianças e adolescentes que fugiram de casa.

O estudo de Winters, Fahnhorst, Botzet, Lee e Lalone (2012) propôs um protocolo de intervenção com ênfase na participação dos cuidadores: *Brief Intervention Adolescent-Parent* (BI-AP). As duas primeiras sessões são destinadas ao adolescente. A

primeira sessão foca a psicoeducação sobre o uso de drogas e suas consequências, a motivação para mudança e os objetivos do tratamento. A segunda sessão objetiva avaliar o progresso dos objetivos, identificar as situações de risco para uso de drogas e discutir estratégias para lidar com essas situações e negociação de metas de longo prazo. A terceira sessão trabalha a entrevista motivacional com os pais/responsáveis, a conscientização do problema do filho e a importância do papel deles no tratamento.

Robbins e colaboradores (2011) propõem testar a intervenção *Brief Strategic Family Therapy* (BSFT), a qual está descrita em um manual e envolve múltiplos membros da família. Ela integra a Teoria e Terapia Familiar Estratégica Estrutural e técnicas de intervenção para trabalhar as interações sistêmicas/relacionais associadas ao uso de drogas por adolescentes. Tem como objetivo reduzir os comportamentos problemáticos do adolescente no momento em que se trabalha com a interação entre os membros familiares e outros sistemas importantes que exercem influência sobre o comportamento do adolescente, como o grupo de pares e a escola.

Koning et al. (2009) testaram três modalidades de intervenção. A primeira foi o grupo de pais, realizado em três sessões e com foco nas regras aplicadas aos adolescentes. A segunda foi o grupo de estudantes, que acontecia em quatro sessões e trabalhou as atitudes dos adolescentes quanto ao consumo de bebidas alcoólicas. E a terceira foi o grupo combinado, em que se executaram ambas as intervenções.

Stanger, Budney, Kamon e Thostensen (2009) propuseram testar uma intervenção que combinava manejo de contingências baseado na abstinência (*abstinence-based contingency management*) para os adolescentes usuários de drogas e o manejo familiar (*family management*) para os pais/responsáveis desses adolescentes. Na intervenção com os adolescentes, os mesmos recebiam incentivos em dinheiro quando, após o teste laboratorial de urina, relato dos pais e resultados de escalas de autorrelato, comprovassem a abstinência de maconha. O valor em dinheiro ia aumentando conforme a duração do tempo em abstinência. Já a intervenção com os pais tinha como tópicos principais identificar e monitorar os comportamentos do adolescente, combinar incentivos e consequências para a mudança de comportamento do uso de drogas do adolescente, definir limites e habilidades sociais.

No estudo de Liddle, Dakof, Turner, Henderson e Greenbaum (2008), foi testado empiricamente a *Family-based Treatment, Multidimensional Family Therapy* (MDFT), que se trata de um protocolo de intervenção descrito em um manual. O domínio do adolescente usuário de drogas tem como objetivo incentivá-los a se engajarem no

tratamento, na comunicação efetiva com os pais e outros adultos, desenvolver *coping*, autorregulação e resolução de problemas e melhorar a competência no âmbito social, nos estudos e no trabalho, além de pensar em alternativas para o uso de drogas e para os delitos. O domínio dos pais tem como foco engajar os mesmos na terapia, aumentar seu envolvimento com o adolescente e suas habilidades, especialmente o monitoramento, auxiliar o filho a definir suas expectativas, impor limites e consequências, e responsabilizá-los com relação a sua função e papel frente ao adolescente. E, por último, o domínio interacional, que propõe diminuir os conflitos familiares e aumentar a ligação emocional, a comunicação e a resolução de problemas.

A intervenção testada por Slesnick e Prestopnik (2005) trata-se da *Ecologically Based Family Therapy* (EBFT). Proposta em um manual e dividida/organizada em quatro partes. Na primeira parte, são explicados e descritos aos adolescentes e seus pais os objetivos e procedimentos do tratamento. Na segunda parte, se estabelece os temas comuns entre a díade (pais-filhos) para o tratamento. A terceira parte subdivide-se em quatro sessões, em que se trabalha a prevenção do HIV e pode acontecer em encontros individuais. Na quarta parte, os pais e os adolescentes são incentivados a tratarem sobre seus objetivos e problemas. Existem sessões apenas com os pais, em que os mesmos são ajudados a desenvolver uma nova forma de interação com os filhos e novas estratégias. Nas sessões em conjunto, pais e adolescentes aprendem juntos técnicas de comunicação e resolução de problemas.

Sobre a eficácia das intervenções testadas

A intervenção BI-AP (Winters et al., 2012) demonstrou resultados significativamente melhores ($p < 0,05$) do que a outra condição de tratamento (somente com adolescentes) em relação à periodicidade do uso de *cannabis* e a sintomas de abuso e de dependência de *cannabis*. Da mesma forma, o *follow-up* demonstrou resultados semelhantes no percentual de tempo de abstinência após seis meses em relação ao uso de álcool e *cannabis*, sintomas de abuso e dependência de álcool e *cannabis*.

A BSFT (Robbins et al., 2011) apresentou-se mais significativamente efetiva do que a outra condição testada em comprometer e manter os participantes em tratamento. Sobre o consumo diário de drogas pelo adolescente, o número médio de dias de uso de drogas referidos pelos adolescentes foi significativamente maior na condição controle do que na BSFT.

Koning e colaboradores (2009) comprovaram que, no Grupo Combinado (Adolescentes e pais), em 10 meses, um número significativamente menor de adolescentes iniciou o consumo semanal pesado de álcool (meninos – 4 ou mais doses; meninas – 3 ou mais doses) quando comparado ao número do Grupo Controle. Tanto em 10 meses quanto em 22 meses, no Grupo Combinado o número de adolescentes que passou a ter um consumo semanal de álcool foi menor, comparado ao número do Grupo Controle. Entretanto, em 22 meses não houve diferenças significativas entre os grupos em relação ao consumo pesado de álcool.

Os participantes da intervenção combinada (*abstinence-based contingency management + family management*) proposta por Stanger e colaboradores (2009), em média, tiveram períodos mais longos de abstinência de maconha durante o tratamento do que os participantes do grupo controle. No pós-tratamento, os adolescentes que receberam a intervenção testada apresentaram maior prevalência de abstinência de maconha e também demonstraram uma melhora significativa nos relacionamentos mãe-filho.

A MDFT (Liddle et al., 2008) foi comparada a Terapia Cognitivo-comportamental, e ambas as intervenções reduziram o uso de substâncias, o uso de maconha dos últimos 30 dias e tiveram uma pequena tendência a reduzir o consumo de álcool. Os adolescentes da MDFT reportaram uso de substâncias significativamente menor do que aqueles da TCC, no *follow-up* de seis meses e de 12 meses. Da mesma forma, a MDFT mostrou-se significativamente mais eficaz que a TCC na redução do consumo de outras drogas e do uso de drogas (comparando o número de adolescentes que usou uma droga somente uma vez ou que se manteve abstinente).

E em geral, os adolescentes que receberam a EBFT (Slesnick & Prestopnik, 2005) mostraram uma redução maior na frequência do uso e na variedade usada de drogas do que aqueles que receberam a intervenção controle. Ambas as intervenções causaram melhoras no funcionamento psicológico e familiar.

Discussão

Com o objetivo de discutir sobre a eficácia de protocolos de tratamento de adolescentes usuários de drogas focados na abordagem familiar, esta revisão sistemática selecionou estudos que tinham o objetivo de avaliar os resultados de uma intervenção que contemplava os pais/responsáveis de adolescentes usuários de drogas em comparação com outra(s) condição(ões), o que demonstrou que o método de busca

utilizado abrangeu o tema escolhido. Contudo, é importante considerar algumas limitações no método.

A busca de artigos não priorizou bancos de dados que abrangessem prioritariamente estudos latino-americanos, e aqueles recuperados na primeira busca não contemplaram os critérios de inclusão ou exclusão. Ainda sobre os bancos de dados, observa-se o baixo número de artigos encontrados na Pubmed devido a não utilização dos termos de seu banco próprio de terminologias. O que protege os resultados dessa revisão sistemática em detrimento do não uso do MeSH da Pubmed foram as “buscas-teste”, que demonstraram que o total de artigos recuperados estava diretamente ligado aos critérios de inclusão e, portanto, convencionou-se pela *string* utilizada.

Entretanto, pode-se observar nesta revisão sistemática, a dificuldade em se encontrar estudos que contemplassem itens essenciais para um ensaio clínico randomizado de qualidade em pesquisas com intervenção psicológica. Entende-se que estes quesitos ainda são itens pouco utilizados em intervenção psicológica, pois esta área de estudo comumente enfrenta algumas limitações no método. Uma dessas dificuldades enfrentadas é o acesso aos participantes que, além de aceitarem, devem aderir ao processo por um longo período. Ademais, é necessária a permissão dos locais para o acesso da amostra na maioria das situações. No caso dos estudos selecionados, ainda havia a condição da participação dos pais. Todas estas questões dificultam o processo de randomização, visto que para se realizar esse processo é necessário que os participantes sejam alocados de forma aleatória nas condições de tratamento (Moher et al., 2010). Além de contribuírem para as perdas dos participantes ao longo do processo, os referidos *dropouts* (Eysenbach, 2005).

Outro item importante, mas que tem sua utilização limitada nesse tipo de estudo, é o cegamento, no inglês *blinding* ou *masking*. Esse processo diz respeito ao não acesso das pessoas envolvidas na pesquisa às informações sobre as intervenções, minimizando a influência que o conhecimento das informações causaria – os conhecidos vieses na pesquisa (Wood et al., 2008). A maior dificuldade são os processos em que ambos, pesquisador e participante, desconhecem a intervenção (*duplo-cego*/*double-blind*), pois é esperado que os terapeutas recebam um treinamento para a aplicação da intervenção e, portanto, tenham conhecimento sobre a condição experimental. Pode ser observado nos estudos selecionados que os avaliadores (pré e pós-teste) puderam ser cegados quanto à condição de tratamento dos participantes avaliados, o que protegeu esses resultados de

possíveis interferências relacionadas às expectativas dos pesquisadores (Robbins et al., 2011; Winters et al., 2012).

Nesse sentido, um ponto que pode ter contribuído para o asseguramento dos resultados, mediante a dificuldade do método, foi a realização do *follow-up*. No que diz respeito aos estudos selecionados, esse recurso metodológico, que é condição fundamental para ensaios clínicos, demonstrou que quanto mais tempo a intervenção manteve o adolescente abstinente e/ou motivado a mudar suas atitudes em relação às drogas, mais eficaz ou efetiva ela comprovou ser (Koning, van denEijnden, Verdurmen, Engels, & Vollebergh, 2013; Winters, Lee, Botzet, Fahnhorst, & Nicholson, 2014).

Vale salientar aspectos que pontuaram a favor dos estudos selecionados. O primeiro foi a utilização de intervenções breves, propostas por todos os estudos, que já têm sua superioridade comprovada em relação a tratamentos usuais mais longos para essa clientela (Winters, Leitten, Wagner, & Tevyaw, 2007). Um segundo aspecto são os instrumentos e medidas de avaliação utilizadas para medir os resultados. Aqueles utilizados nos estudos selecionados, em sua maioria, são instrumentos reconhecidos internacionalmente por sua fidedignidade, como é o caso do BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001), SOCRATES (Miller & Tonigan, 1996), TLFB (Sobell & Sobell, 1996) e YSR (Achenbach & Rescorla, 2001). Um terceiro aspecto importante foi a utilização de protocolos de intervenção descritos em manuais. A maioria dos estudos relatou a preferência por esse modelo de intervenção, destacando-se o estudo de Liddle e colaboradores (2008), que utilizou também no grupo controle uma intervenção eficaz e manualizada baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental.

E, por último, contemplando os objetivos dessa revisão sistemática, está a condição de tratamento do adolescente usuário de drogas com abordagem familiar. Viu-se por meio da busca que há um investimento em estudos que contemplem a intervenção com os pais no tratamento do adolescente, deixando-se em destaque os benefícios que esta participação propicia. Os resultados dos estudos citados corroboraram com uma questão que vem sendo relatada na literatura sobre o tema, demonstrando que com a participação dos pais conquistam-se resultados efetivos na terapia dos filhos (Liddle, 2004). Visto que os adolescentes têm uma tendência a impulsividade, pouca capacidade de inibição e julgamento que prejudicam seu envolvimento com o tratamento (Winters, 2008), os resultados dos estudos apresentados parecem indicar que a participação de

pais/responsáveis no tratamento do adolescente usuário de drogas pode contribuir para a adesão e engajamento do adolescente no tratamento (Liddle, 2004).

Considerações Finais

Esta revisão sistemática proporcionou a construção de um panorama de tratamentos ao investigar a eficácia de protocolos de tratamento de base familiar para adolescentes usuários de drogas. Observou-se que as intervenções que permitiam a participação ativa dos pais ou responsáveis se mostraram mais eficazes na maioria das variáveis selecionadas. A presença dos pais/responsáveis no tratamento contribuiu na redução da frequência e na gravidade do uso da substância psicoativa, no tempo de abstinência, no engajamento do adolescente no tratamento e na melhora do funcionamento familiar. Os protocolos testados empiricamente comprovaram a maior eficácia das intervenções com participação ativa dos pais. Reitera-se que se seguiu o rigor metodológico dos instrumentos e protocolos de pesquisa com a intenção de agregar argumentos para as discussões de ensaios clínicos randomizados, principalmente, para sumarizar estudos com intervenções de qualidade excelente na realidade latino-americana e brasileira.

Os achados do presente estudo apontam para a importância da inclusão dos pais/responsáveis no tratamento do adolescente envolvido com drogas. Além de subsidiar reflexões em torno da práxis profissional de cuidado a essa clientela e estimular novas pesquisas. Salienta-se, também, que a inserção dos pais/responsáveis no tratamento do abuso e dependência química constitui uma dificuldade e um desafio para a equipe interdisciplinar de saúde.

Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *The manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Bahr, S. J., Hoffmann, J. P., & Yang, X. (2005). Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *The Journal of Primary Prevention*, 26(6), 529-551. doi: 10.1007/s10935-005-0014-8
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. (doi não encontrado).

- Berger, V. W., & Alpers, S. Y. (2009). A General Framework for the Evaluation of Clinical Trial Quality. *Reviews on Recent Clinical Trials*, 4(2), 79–88. (doi não encontrado).
- Bertrand, K., Richer, I., Brunelle, N., Beaudoin, I., Lemieux, A., & Ménard, J. M. (2013). Substance abuse treatment for adolescents: How are family factors related to substance abuse change? *Journal of psychoactive Drugs*, 45(1), 28-38. doi: 10.1080/02791072.2013.763560
- Butterworth, P., Slade, T., & Degenhardt, L. (2014). Factors associated with the timing and onset of cannabis use and cannabis use disorder: results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Drug and Alcohol Review*, 33(5), 555-564. doi: 10.1111/dar.12183
- Chilcoat, H. D. & Anthony, J. C. (1996). Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 91-100. (doi não encontrado).
- Coëffec, A., Romo, L., Cheze, N., Riazuelo, H., Plantey, S., Kotbagi, G., & Kern, L. (2015). Early substance consumption and problematic use of video games in adolescence. *Frontiers in Psychology*, 6(501). doi: 10.3389/fpsyg.2015.00501
- Eysenbach, G. (2005). The Law of Attrition. *Journal of Medical Internet Research: JMIR*, 1(7), e11. doi:10.2196/jmir.7.1.e11
- Fallu, J. S., Janosz, M., Brière, F. N., Descheneaux, A., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2010). Preventing disruptive boys from becoming heavy substance users during adolescence: A longitudinal study of familial and peer-related protective factors. *Addictive Behaviors*, 35, 1074-1082. doi:10.1016/j.addbeh.2010.07.008
- Garner, B. R., Godley, S. H., Funk, R. R., Dennis, M. L., Smith, J. E., & Godley, M. D. (2009). Exposure to Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) treatment procedures as a mediator of the relationship between adolescent substance abuse treatment retention and outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(3), 252-264. doi:10.1016/j.jsat.2008.06.007
- Guo, J., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2002). A developmental analysis of sociodemographic, family, and peer effects on adolescent illicit drug initiation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(7), 838–845. doi: 10.1097/00004583-200207000-00017
- Haug, S., Núñez, C. L., Becker, J., Gmel, G., & Schaub, M. P. (2014). Predictors of onset of cannabis and other drug use in male young adults: results from a longitudinal study. *BMC Public Health*, 14(1202). doi: 10.1186/1471-2458-14-1202
- Hemovich, V., Lac, A., & Crano, W. D. (2011). Understanding early-onset drug and alcohol outcomes among youth: The role of family structure, social factors, and interpersonal perceptions of use. *Psychology, health & medicine*, 16(3), 249-267. doi: 10.1080/13548506.2010.532560
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L. F., Cecero, J. J., & Liddle, H. A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for

- adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 121-129. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.121
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J., Gavaghan D. J., & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17, 1-12. doi: 10.1016/0197-2456(95)00134-4
- Johnson, L. D., O'Malley, P. M., Miech, R. A., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E. (2016). Monitoring the future national survey results on drug use: 2015 overview key findings on adolescent drug use. Institute for Social Research, The University of Michigan, Ann Arbor.
- Koob G. F., Buck, C. L., Cohen, A., Edwards, S., Park, P. E., Schlosburg, J. E., . . . George, O. (2014). Addiction as a stress surfeit disorder. *Neuropharmacology*, 76, 370-382. doi:10.1016/j.neuropharm.2013.05.024
- Koning, I. M., van der Eijnden, R. J. J. M., Verdurmen, J. E. E., Engels, R. C. M. E., & Vollebergh, W. A. M. (2013). A cluster randomized trial on the effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents four years after baseline; no evidence of catching-up behavior. *Addictive Behaviors*, 38, 2032-2039. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.12.013
- Koning, I. M., Vollebergh, W. A. M., Smit, F., Verdurmen, J. E. E., van den Eijnden, R. J. J. M., terBogt, T. F. M., . . . Engels, R. C. M. E. (2009). Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously. *Addiction*, 104, 1669-1678. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02677.x
- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*, 99(2), 76-92. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00856.x
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103, 1660-1670. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x
- McDonough, M. H., Jose, P. E., & Stuart, J. (2015). Bi-directional Effects of Peer Relationships and Adolescent Substance Use: A Longitudinal Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 1-12. doi: 10.1007/s10964-015-0355-4
- Miller, W. R., Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89. doi: 10.1037/0893-164X.10.2.81
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gøtzsche, P. C., Devereaux, P. J., . . . Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 340, 869. doi: 10.1136/bmj.c869
- National Institute on Drug Abuse. (2014). *Principles of adolescent substance use disorder treatment: a research-based guide*. Retirado de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf

- Payá, R. & Figlie, N. B. (2010). Abordagem familiar em dependência química. In: N. F. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira. (Orgs.). *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo, SP: Roca.
- Robbins, M. S., Feaster, D. J., Horigian, V. E., Rohrbaugh, M., Shoham, V., Bachrach, K., . . . Szapocznik, J. (2011). Brief Strategic Family Therapy Versus Treatment as Usual: Results of a Multisite Randomized Trial for Substance Using Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(6), 713–727. doi: 10.1037/a0025477
- Rounds-Bryant, J. L., Kristiansen, P. L., & Hubbard, R. L. (1999). Drug abuse treatment outcome study of adolescents: a comparison of client characteristics and pretreatment behaviors in three treatment modalities. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*(4), 573-591. (doi não encontrado).
- Settles, R. E., & Smith, G. T. (2015). Toward a developmentally centered approach to adolescent alcohol and substance use treatment. *Current Drug Abuse Review, 8*(2), 134-151. doi: 10.2174/1874473708666150916114118
- Slesnick, N., & Prestopnik, J. L. (2005). Ecologically based family therapy outcome with substance abusing runaway adolescents. *Journal of Adolescence, 28*, 277-298. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.02.008
- Silins, E., Horwood, L. J., Patton, G. C., Fergusson, D. M., Olsson, C. A., Hutchinson, D. M., . . . & Mattick, R. P. (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *Lancet Psychiatry, 1*, 286–293. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70307-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70307-4)
- Stanger, C., Budney, A. J., Kamon, J. L., & Thostensen, J. (2009). A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 105*, 240–247. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.07.009
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1996). *Timeline Followback user's guide: A calendar method for assessing alcohol and drug use*. Toronto, Ontario, Canada: Addiction Research Foundation.
- Weissman, D. G., Schriber, R. A., Fassbender, C., Atherton, O., Krafft, C., Robins, R. W., . . . & Guyer, A. E. (2015). Earlier adolescent substance use onset predicts stronger connectivity between reward and cognitive control brain networks. *Developmental Cognitive Neuroscience, 16*, 121-129. doi: 10.1016/j.dcn.2015.07.002
- Winters, K. C. (2008). *Adolescent brain development and drug abuse*. USA: The Mentor Foundation.
- Winters, K. C., Fahnhorst, T., Botzet, A., Lee, S., & Lalone, B. (2012). Brief Intervention for Drug Abusing Adolescents in a School Setting: Outcomes and Mediating Factors. *Journal of Substance Abuse Treatment, 42*(3), 279–288. doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.005
- Winters, K. C., Lee, S., Botzet, A., Fahnhorst, T., & Nicholson, A. (2014). One-year outcomes and mediators of a brief intervention for drug abusing adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors, 28* (2), 464-474. doi: 10.1037/a0035041

- Winters, K. C. & Leitten, W. (2007) Brief Intervention for Drug-Abusing Adolescents in a School Setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21 (2), 249–254. doi: 10.1037/0893-164X.21.2.249
- Winters, K. C., Leitten, W., Wagner, E., & Tevyaw, T. O. (2007). Use of brief interventions for drug abusing teenagers within a middle and high school setting. *Journal of School Health*, 77 (4), 196-206. doi: 10.1111/j.1746-1561.2007.00191.x
- Wood, L., Egger, M., Gluud, L. L., Schulz, K. F., Juni, P., Altman, D. G., . . . & Sterne, J. A. C. (2008). Empirical evidence of bias in treatment effect estimates in controlled trials with different interventions and outcomes: meta-epidemiological study. *BMJ*, 336, 601-605.

SEÇÃO EMPÍRICA

3.1 Estudos da Tese

3.1.1 Estudo 1

Adaptação Brasileira do Manual *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use*

Adaptação do Manual IBAP para realidade brasileira

Resumo

O objetivo desse estudo é apresentar o processo de adaptação para a realidade brasileira do Manual *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use*. Na versão original, desenvolvida nos Estados Unidos o formato das sessões é individual, sendo assim, também se objetivou adaptar o Manual para o formato grupal. O protocolo prevê a realização de quatro sessões, sendo que duas delas contam com a participação dos pais/responsáveis. O processo foi realizado em três etapas: 1) tradução e retrotradução do manual e a adaptação das intervenções e recursos; 2) revisão do material por especialistas; 3) adequação das intervenções por meio de dois estudos-piloto, o primeiro em formato individual e o segundo em formato grupal. Os resultados evidenciaram a adequação da versão do manual para a realidade brasileira e para ser utilizado em grupos.

Palavras-chave: Adolescência; Intervenção Breve; Uso de drogas; Treinamento de Pais

Brazilian adaptation of the Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use Manual

Abstract

The purpose of this study is to present the process of the adaptation of the Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use Manual to a Brazilian reality. In the original version, developed at the United States, the sessions form is individual; thus, it was aimed to also adapt the Manual to a group format. The protocol forecasts the realization of 4-session, two of them relying on parent/guardian participation. The process was made in three stages: 1) translation and back translation of the manual and adaptation of its interventions and resources; 2) material review from specialists; 3) adequacy of the interventions through two pilots, the first having an individual format and the second in group format. The results evidenced the adequacy of the Manual to a Brazilian reality and for group use.

Keywords: Adolescent Attitudes; Brief Intervention; Drug Abuse; Parent Training

La adaptación Brasileña del Manual Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use

Resumen

El objetivo de este estudio es presentar el proceso de adaptación para la realidad brasileña del Manual Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use. En la versión original, desarrollado en los Estados Unidos, el formato de las sesiones es individual y por lo tanto también tuvo como objetivo adaptar el manual para el formato de grupo. El protocolo incluye cuatro sesiones, dos de ellas con la participación de los padres/tutores. El procedimiento se llevó a cabo en tres etapas: 1) Manual de traducción y retrotraducción del manual y adaptación de las intervenciones y los recursos; 2) la revisión del material por los expertos; 3) la idoneidad de las intervenciones a través de dos estudios piloto, lo primero en formato individual y el segundo en formato de grupo. Los resultados mostraron la adecuación de la versión del Manual para la realidad brasileña y para ser utilizado en los grupos.

Palabras-clave: Adolescencia; Intervención Breve; El consumo de drogas; Capacitación para padres

Introdução

Atualmente, há tratamentos e intervenções baseadas em evidências que se mostraram efetivos para adolescentes com uso problemático de drogas (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2014). Dentre estes tratamentos estão as intervenções breves, cujo foco é a motivação do adolescente para a mudança no seu hábito de uso de drogas. Sendo essa uma alternativa adequada para intervir precocemente e preventivamente com este público (Winters, Leitten, Wagner, & Tevyaw, 2007). São convenientes para os profissionais da saúde pela rápida aplicação, baixo custo, efetividade e por serem clinicamente aplicáveis a quase todos os usuários de substâncias de grau leve a moderado (Winters, Fahnhorst, Botzet, Lee, & Lalone, 2012; Winters, Tanner-Smith, Bresani, & Meyers, 2014).

No Brasil, esta temática vem sendo destacada com maior ênfase pela equipe de pesquisadores da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp (Faria, 2016). A equipe está desenvolvendo estudos utilizando o *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students* – BASICS (Dimeff, Baer, Kivlahan, & Marlatt, 2002), que consiste em uma intervenção breve para estudantes, focalizado no uso problemático de álcool, e que acontece em dois encontros com intervalo de 15 dias e com duração de 50 minutos (Silva & Tucci, 2015).

Com o avanço de estudos de intervenção, é necessário que alguns pontos sejam cuidadosamente levados em consideração; destaca-se a atenção a intervenções

direcionadas ao grau de gravidade do uso da substância, com foco no prolongamento dos resultados alcançados, nos fatores mediadores e moderadores de comprometimento no processo de mudança comportamental, bem como no papel dos pais na aderência ao tratamento e no apoio na recuperação (Winters, Fahnhorst, Botzet, Lee, & Lalone, 2012; Winters, Tanner-Smith, Bresani, & Meyers, 2014).

Sobre a participação dos pais no tratamento do filho usuário de substâncias psicoativas, a literatura apresenta uma influência direta desses no uso problemático do adolescente. Algumas atitudes são frequentemente discutidas, como a permissão, oferecimento e supervisão dos pais no uso de álcool do filho em casa, que facilitam a aderência dos adolescentes às bebidas antes da maioridade (Kaynak, Winters, Cacchiola, Kirby, & Arria, 2014). Mesmo estas atitudes se tornando um fator de risco para o uso, a literatura mostra que a motivação parental para estimular o uso de álcool do adolescente em casa se dá principalmente para evitar um papel desagradável ao filho que está sendo pressionado pelos pares (Wadolowski et al., 2016). Comportamento que indica a necessidade dos pais de receberem orientações profissionais.

Entretanto, apesar de se reconhecer a importância dos pais na aderência de seus filhos ao uso de substâncias, sabe-se que este assunto ainda é pouco contemplado no tratamento usual do adolescente usuário de drogas. Em um estudo que buscou analisar serviços de tratamento focando na existência do trabalho de habilidades parentais, identificou-se que somente 6% dos programas oferecidos trabalhavam habilidades parentais específicas em sessões individuais, sendo que 3% abordavam o tema dentro de um cronograma exclusivo (Arria et al., 2013).

Sabendo da necessidade de incluir os pais/responsáveis de forma mais efetiva no tratamento do adolescente envolvido com álcool e ou outras drogas, Winters e colaboradores (2006) desenvolveram um manual de tratamento de intervenção breve que contempla sessões de psicoeducação e treinamento para pais/responsáveis, e o nomearam de *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use*. Os autores testaram empiricamente esse protocolo de intervenção.

A primeira versão do manual foi desenvolvida por Winters e Leitten (2001). Alguns ajustes no manual foram efetivados em um primeiro ensaio clínico randomizado realizado com 79 adolescentes identificados no contexto escolar pelo consumo de drogas. Os participantes foram divididos em três grupos: 1) somente com o adolescente, 2) com adolescente e pais, e 3) grupo controle. Nessa primeira aplicação para testar a

efetividade, o grupo com adolescentes e pais foi o que demonstrou melhores resultados (Winters & Leitten, 2007).

A *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use* então foi novamente testada em um ensaio clínico randomizado mais expandido, sendo aplicada em 315 adolescentes de 12 a 18 anos, os quais foram identificados no ambiente escolar pelo uso de substâncias psicoativas. Seguindo os mesmos três grupos do estudo de Winters e Leitten (2007), os resultados mostraram que o grupo em que somente os adolescentes recebiam intervenção e aquele em que os adolescentes e seus pais recebiam apresentaram resultados significativos de redução do comportamento do uso de substâncias em comparação ao grupo controle. O grupo com adolescentes e pais apresentou melhores resultados em diversas variáveis (resolução de problemas, estratégias de enfrentamentos e utilização dos serviços de aconselhamentos) quando comparado ao grupo com somente os adolescentes (Winters et al., 2012).

No estudo de Winters et al. (2014) foi realizado o *follow-up* 12 meses após a intervenção desta mesma amostra, participando 284 adolescentes (Winters et al., 2012). Os resultados apontaram que os ganhos positivos da intervenção permaneceram ao longo do tempo. Outro resultado encontrado foi a diminuição significativa do uso de *cannabis* nos grupos de intervenção comparado ao grupo controle.

A intervenção breve com sessões com pais também foi aplicada no estudo de Dembo et al. (2014) com 166 adolescentes de 11 a 15 anos usuários de maconha e que apresentavam comportamentos sexuais de risco. Os resultados demonstram que a intervenção não gerou efeitos significativos sobre ambos comportamentos de risco ao longo do tempo, em medidas *follow-up* que aconteceram três, seis e 12 meses após a intervenção. Os autores discutiram o número reduzido de participantes para a realização das análises e a influência de outras variáveis no resultado. Contudo, a aplicação da intervenção breve com pais/responsáveis com foco em outros fatores de risco associados ao uso de drogas, destaca a importância desse protocolo.

Com isso, este estudo objetivou descrever o processo de adaptação para a realidade brasileira do Manual *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use*. Especificamente, apresentar as fases de 1) tradução, retrotradução e adaptação, 2) revisão de especialistas e 3) teste da adequação da aplicabilidade clínica (estudo piloto 1), bem como da aplicação do manual na versão grupal (estudo piloto 2). Para esse último objetivo, será utilizada como medida o grau de motivação para o tratamento e prontidão para a mudança de comportamento. Pois entende-se que o constructo da

motivação é um fator muito importante para o tratamento de adolescentes (Maisto, Chung, Cornelius, & Martin, 2003) e que sofre muita influência com a participação dos pais no tratamento (Vanassche et al. 2014).

Método

O processo de realização de um estudo de adaptação transcultural de instrumentos clínicos, de acordo com a literatura (Hungerbühler & Wang, 2016), requer o cumprimento de algumas fases: (1) definições conceituais; (2) tradução; (3) retrotradução; (4) revisão por especialistas; (5) estudo-piloto; e (6) testes psicométricos para validação. Assim, o processo de tradução e adaptação do Manual *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use* (Winters et al., 2006) foi dividido em três etapas: 1) tradução do manual para o português brasileiro, retrotradução para o inglês norte-americano e adaptação para realidade brasileira, 2) análise de juízes da adequação da tradução; e 3) estudo-piloto 1 e piloto 2 com amostra clínica para teste de aplicabilidade, tanto da adaptação do Manual, quanto do formato grupal. A seguir estão descritos os procedimentos realizados em cada uma dessas etapas.

Apresentação da Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use

A Intervenção Breve proposta no manual consiste em quatro sessões estruturadas, com duração prevista de 1h a 1h e meia, em formato individual – acompanha somente um adolescente e seus pais/responsáveis. Os intervalos entre as sessões são de sete dias entre as três primeiras sessões, e a quarta e última é após um mês. Os objetivos das sessões são:

1ª Sessão: realizada somente com o adolescente, visa identificar os eventos que causam o uso, examinar crenças ligadas a esses eventos de ativação e desenvolver crenças funcionais ligadas a abstinência.

Nessa sessão está prevista a utilização das seguintes técnicas:

- “Questionário para o Adolescente”: investiga sobre o uso de drogas e sobre o reconhecimento do problema relacionado a esse uso;
- “Planilha de Vantagens e Desvantagens”: trata-se de uma exploração e discussão sobre as consequências positivas e negativas do uso de drogas;
- “Planilha de Gatilhos e Fissura”: apresenta uma lista de razões comuns que podem levar o adolescente ao uso ou a lapsos;

- “Coisas que fazem você feliz”: Uma lista com várias atividades que não envolvem o uso de drogas, mas que podem ser opções que trazem igualmente prazer e que podem ser protetivas;
- “Planilha: O que desencadeia o seu uso de álcool e/ou outras drogas”: em uma lista deve-se colocar as situações-gatilho anteriormente analisadas e as alternativas para não usar, também já trabalhadas;
- “Situações de gatilhos e fissura”: algumas situações comuns que causam emoções desagradáveis são expostas e é solicitado que o adolescente pense em como reagiria no passado e o que poderia fazer no momento presente, após o que foi discutido;
- “Planilha Prontidão para a mudança (Parte I): avaliar, através de uma régua de prontidão para mudança, como está se sentindo naquele momento.

2ª Sessão: com pais/responsáveis, busca discutir a importância da intervenção, desenvolver atitudes parentais eficazes, examinar as atitudes pessoais sobre o uso de drogas, e definir e incentivar o monitoramento. Na sessão 2 está previsto o uso das seguintes técnicas:

- “Regras da família sobre o uso de drogas”: discutir sobre as regras e atitudes familiares sobre o uso de drogas;
- “Planilha Pais/Responsáveis”: para analisar sobre o monitoramento e a supervisão parental;
- “Fatores de risco e de proteção”: recurso para psicoeducar os cuidadores sobre fatores que aumentam o risco para uso de drogas.

3ª Sessão: com adolescente, objetiva focar na resolução de problemas, no desenvolvimento de métodos, componentes e habilidades para lidar com o uso de drogas.

- “Técnicas de Recusa”: diferentes tipos de respostas para dizer “não” e recusar as ofertas de drogas.
- “Planilha de apoio social”: recurso para discutir com o adolescente sobre quem pode ser um apoio para um estilo de vida sem o uso de drogas.
- “Planilha de Prontidão para a Mudança” (Parte II): investiga os objetivos do adolescente em mudar seu comportamento de uso de drogas em seis meses e no próximo mês e retoma a mesma régua de prontidão para mudança da sessão 1.

4ª Sessão: com pais/responsáveis e adolescentes, foca na análise da interação entre pais/responsáveis e adolescentes, incentivando a comunicação eficaz e um bom

relacionamento familiar. Realiza-se a “prestação de contas” dos objetivos da Intervenção.

- “Questionário: Concordância sobre as atitudes a favor das mudanças”: é solicitado que adolescentes e responsáveis analisem o esforço para mudança em si e no outro;
- “Seis etapas para comunicação eficaz”: trabalha pontos importantes para desenvolver uma comunicação eficaz em situações estressantes;
- “Como melhorar sua argumentação”: trabalha atitudes para argumentar seu ponto de vista de uma forma mais hábil.

Etapa 1: Tradução, Retrotradução e Adaptação do Manual

O manual foi traduzido para a língua portuguesa por seis graduandos de Psicologia proficientes em inglês. A retrotradução consistiu na realização da tradução novamente para o inglês norteamericano dos materiais e recursos das sessões que foram traduzidos para o português brasileiro. Essa etapa de retrotradução realizada por uma psicóloga com conhecimento das terminologias e conceitos apresentados no manual e com imersão na língua inglesa e uma graduanda de psicologia de uma universidade norteamericana. Posteriormente, foi realizada a adaptação das expressões e intervenções do manual para a realidade brasileira por uma doutoranda proficiente em inglês e com conhecimento das teorias e técnicas descritas no manual.

Etapa 2: Revisão por especialistas da equivalência semântico-idiomática e cultural

Nesta etapa, de avaliação da tradução e adaptação do manual, participaram dois juízes, ambos psicólogos, que possuem conhecimento na língua inglesa e nas teorias que embasam a intervenção e com experiência no trabalho com adolescentes. A tarefa dos mesmos foi realizar a análise do documento traduzido, focando na terminologia e conceitos da fundamentação teórica e nas expressões e instruções de cada sessão. Foi enviado aos juízes um documento solicitando que preenchessem sobre a adequabilidade dos principais itens do manual, como pode ser observado na Figura 1.

Itens analisados	Adequabilidade	
<i>Fundamentação Teórica (Terminologia e conceitos)</i>	() Adequado	() Inadequado
	Sugestões:	
<i>Sessão 1 (Expressões e Instruções)</i>	() Adequado	() Inadequado

	Sugestões:	
<i>Sessão 2 (Expressões e Instruções)</i>	() Adequado	() Inadequado
	Sugestões:	
<i>Sessão 3 (Expressões e Instruções)</i>	() Adequado	() Inadequado
	Sugestões:	
<i>Sessão 4 (Expressões e Instruções)</i>	() Adequado	() Inadequado
	Sugestões:	

Figura 1. *Instrumento para avaliar a adequabilidade da tradução e adaptação do manual*

Etapa 3: Teste de aplicabilidade

No estudo-piloto 1, as sessões e intervenções foram testadas a partir da aplicação em um adolescente e seus pais. Nesta etapa, se verificou a adequação das intervenções para a realidade brasileira, além do tempo de duração das sessões. Manteve-se o formato individual, da mesma forma que o Manual original.

No estudo-piloto 2, objetivou-se testar as intervenções e as sessões no formato grupal; participaram 10 adolescentes e seus responsáveis. As sessões foram conduzidas em grupo, tanto com os adolescentes, quanto com os pais. O objetivo do estudo-piloto 2, foi verificar se a realização das sessões previstas no Manual necessitavam de ajustes ao serem aplicadas em grupo.

Seleção dos Participantes

No Estudo-piloto 1, o adolescente, indicado por um ambulatório especializado em tratamento da dependência química, foi escolhido segundo critérios estabelecidos para a seleção dos participantes do estudo: a) faixa etária dos 14 aos 18 anos (conforme faixa etária dos instrumentos); b) uso de álcool e/ou outra droga; c) ausência de sintomas psicóticos graves ou outro transtorno clínico que impedisse sua participação e compreensão das intervenções; e d) consentimento dos pais para a participação do adolescente no estudo e sua concordância em participar.

No Estudo-piloto 2, participaram 10 adolescentes e seus responsáveis. Os mesmos foram escolhidos por conveniência e também fecharam os critérios estabelecidos para seleção dos participantes, que foram citados anteriormente. Estes participantes estavam internados em uma comunidade terapêutica especializada no tratamento de adolescentes do sexo masculino com problemas com o uso de drogas.

Medida de pré-teste e pós-teste

O teste da compreensão das intervenções traduzidas (estudo-piloto 1) e da viabilidade da aplicação grupal (estudo-piloto 2) foi realizado através de uma medida de grau de motivação e de prontidão para a mudança do comportamento de uso de drogas. Para tanto foi utilizada a Escala de Contemplação Ladder. Esse instrumento é uma medida breve de motivação e de prontidão para a mudança. Foi desenvolvido por Biener e Abrams (1991), e, no Brasil, Terra et. al (2009) realizaram uma validação convergente para a população de tabagistas.

Neste estudo foi utilizada uma versão com cinco afirmativas que avaliam não só o uso de tabaco, mas das demais classes de drogas. Os adolescentes devem escolher entre as afirmativas: 1 – “Não penso em parar de usar droga/álcool/tabaco”; 2 – “Penso que será necessário parar algum dia”; 3 – “Penso em parar, mas ainda não estou pronto”; 4 – “Estou começando a pensar sobre como mudar meu hábito de usar droga/álcool/tabaco”; e 5 – “Estou fazendo alguma coisa para parar de usar droga/álcool/tabaco”. Aqueles que se avaliam próximos ao número 1, ainda encontram-se pré-contemplativos. Já avaliações próximas ao cinco remetem ao estágio da ação (Amodei & Lamb, 2004; Terra et. al, 2009).

Considerações Éticas

A tradução e a adaptação do manual foram autorizadas por e-mail pelo autor responsável, Professor Dr. Ken C. Winters. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa local (CAAE: 48681015.6.0000.5336). Após a indicação e aceite dos participantes, os pais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar do estudo e outro permitindo a participação do adolescente. Os adolescentes, por sua vez, assinaram um Termo de Assentimento, explicitando sua disposição em participar do estudo. Todos os adolescentes que participaram do estudo seguiram em tratamento após a participação na pesquisa.

Resultados

Os resultados das etapas 1 e 2 serão apresentados de forma qualitativa e foram fundamentados nas anotações em documentos padronizados. Os dados da terceira etapa serão apresentados de forma descritiva (frequência, médias e desvio padrão) e a partir

de pontuações diretas. Assim como, de forma qualitativa de acordo com informações baseadas em anotações no diário de campo.

Etapa 1: Tradução, Retrotradução e Adaptação do Manual

A partir da Etapa de Tradução do Manual, optou-se por traduzir também o nome do Protocolo de intervenção, no original *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use: Manual*. O nome na versão brasileira ficou “Intervenção Breve para adolescentes e pais – (IBAP): Manual para tratar o uso de álcool e outras drogas na adolescência”. Na tradução do nome optou-se por fazer menção a participação dos pais e por incluir-se uma abreviatura, para facilitar a identificação dessa intervenção na versão brasileira.

No processo de retrotradução observou-se que alguns termos da versão original em inglês tinham sido traduzidos por termos mais usuais no português brasileiro. Na retrotradução houve divergências quanto a tradução dos termos “pros and cons”, como visto na versão original do manual. Na tradução ficou “vantagens e desvantagens” e na retrotradução “advantages and disadvantages”. Com essa discrepância, se decidiu deixar a tradução para “vantagens e desvantagens” em todo o material, entendendo-se que seria melhor compreendida no português e acessível ao público que se quer atingir.

Na adaptação dos termos e recursos, destaca-se as alterações realizadas no material “Coisas que me fazem feliz”, que lista possíveis atividades prazerosas que não incluem o uso de drogas. Observou-se que como a lista original continha atividades que eram populares entre adolescentes de uma década atrás (ex: *buying CDs; writing in a diary or writing letters*) optou-se por se incrementar a lista com atividades atuais (ex.: baixar músicas; usar redes sociais).

Etapa 2: Revisão por especialistas da equivalência semântico-idiomática e cultural

A análise de adequação da tradução e equivalência semântico-idiomática e cultural realizada por dois juízes demonstrou necessidade de poucas alterações quanto ao conteúdo em sua totalidade. Houve sugestões em cada um dos itens avaliados, com ênfase nos que apresentaram dificuldades na compreensão da tradução e equívocos na tradução de termos. A Tabela 1 apresenta algumas sugestões apontadas pelos juízes.

Tabela 1.

Apontamentos dos juízes sobre equivalência semântico-idiomática de alguns itens do manual

Item avaliado	Versão Original (Inglês)	Tradução (Português)	Sugestões (Juízas)
	<i>Users of Brief Intervention</i>	Aplicadores da Intervenção Breve	Quem pode aplicar a Intervenção Breve?
Fundamentação teórica	<i>Clients for whom Brief Intervention is intended</i>	Clientes para os quais se destina a Intervenção Breve	A quem se destina esta Intervenção Breve?
	<i>Potential Setting</i>	<i>Setting de aplicação da intervenção</i>	Possíveis locais de aplicação da intervenção
	<i>...encouraging self-efficacy</i>	...encorajar a autoeficácia	...promover a autoeficácia
Sessão 1	<i>...the beginning of the stages of change</i>	...no início dos estágios de mudança	...nos estágios iniciais de mudança
	<i>...is the key to a healthy lifestyle</i>	...é a chave para uma vida saudável	...é o caminho para uma vida saudável
Sessão 2	<i>... let's spend some time talking about</i>	...vamos passar algum tempo falando sobre	...vamos falar um pouco sobre
Sessão 3	<i>...sobadly</i>	...lamento por você	...que pena
Sessão 4	<i>Thanks for meeting with me again today; I look forward to hearing about how your situation has changed over the past month or so, and to start discussing what types of actions to take at this point</i>	Obrigado por se encontrarem comigo hoje de novo, estou ansioso para ouvir sobre como a situação de vocês evoluiu ao longo deste mês que passou e começar a discutir que tipos de ações serão tomadas neste momento	Obrigado por se encontrarem comigo hoje de novo; eu gostaria de ouvir como a situação de vocês evoluiu ao longo deste mês que passou, se evoluiu, e começar a discutir que tipo de ações serão tomadas neste momento

*Etapa 3: Teste de aplicabilidade e da versão grupal: Estudos-piloto**Caracterização dos participantes*

O participante do estudo-piloto 1 tinha 16 anos, e a média de idade dos participantes do estudo-piloto 2 foi 16 anos ($DP = 0,82$) – todos do sexo masculino. Especificamente, o adolescente do estudo-piloto 1 apresentava uso problemático de álcool e os adolescentes do estudo-piloto 2 eram poliusuários. O adolescente do estudo-piloto 1 frequentava o ensino médio e a maioria dos adolescentes do estudo-piloto 2 estava no ensino fundamental (90%), sendo que um deles estava sendo alfabetizado.

Em relação à caracterização dos pais/responsáveis que participaram das sessões: no estudo-piloto 1, participaram o pai e a mãe, e, no segundo piloto, a maioria foram mães ($n = 7$), e os outros três eram: pai, irmã e avó. Quanto ao uso de drogas, no estudo-piloto 1 ambos os pais haviam feito uso de drogas ilícitas durante a vida. Já no estudo-

piloto 2, 40% dos responsáveis apresentaram uso problemático de tabaco e nenhum havia experimentado drogas ilícitas.

Alterações realizadas a partir do Estudo-piloto 1

O estudo-piloto 1 caracterizou-se pela realização do protocolo de intervenção com um adolescente e seus pais. Este primeiro uso do manual adaptado para a realidade brasileira proporcionou que algumas questões como a aplicabilidade das intervenções e o tempo de realização de todos os itens previstos no protocolo fossem testados e, sendo necessário, revistos.

Na sessão 1 não foi possível cumprir com todas as atividades previstas no manual em apenas um encontro com duração de uma hora – foi necessário agendar um encontro adicional. Assim, observa-se que essa primeira sessão com o adolescente deve ser realizada com a duração de 1h30min. Não sendo possível disponibilizar esse tempo, sugere-se que o instrumento “Questionário para o adolescente” possa ser aplicado em um encontro anterior destinado para uma entrevista, pois objetiva colher informações sobre a história do adolescente e sobre seu uso de drogas e originalmente já estaria prevista sua retomada durante a primeira sessão do protocolo.

No questionário “Situações de Gatilhos ou Fissura”, que é aplicado na Sessão 1, era solicitado que o adolescente respondesse as perguntas: “*O que você faria? Existiria outra maneira de você lidar com esta situação?*” e “*Como você teria agido nesta situação no passado? O que você pode fazer agora, em vez de usar drogas e/ou álcool?*”

1. Você está em uma festa com seus amigos e alguém lhe passa um baseado. Você não sente vontade de fumar neste momento.
2. Você teve um dia muito difícil. Você tirou uma nota baixa na prova, seu melhor amigo(a) está afastado de você e você está se sentindo péssimo.
3. Você tem uma grande apresentação amanhã para um grande número de pessoas conhecidas. Você está muito nervoso e está tendo dificuldade para pegar no sono.

Após o piloto, houve a necessidade de reduzir o tempo de aplicação desse recurso, passando-se, então, a solicitar que o adolescente escolhesse uma dessas situações descritas, pensando naquela que mais está de acordo com a sua realidade e, em seguida, responder as perguntas (apresentadas anteriormente).

Na sessão 2, com os pais, como forma de também otimizar a utilização do tempo da sessão, observou-se que o instrumento “Regras da Família sobre o Uso de Drogas”,

que trata sobre as atitudes ou regras familiares em relação ao uso de álcool e/ou drogas, continha perguntas muito extensas e que acabavam ficando repetitivas conforme iam sendo respondidas. Assim, optou-se por deixar as questões mais objetivas sem que o sentido fosse alterado, como, por exemplo, na versão pré-piloto, a questão 1 estava assim:

“Estudos têm mostrado a importância da criação de regras familiares ou de expectativas familiares sobre o uso de álcool e outras drogas para o filho(a) adolescente. Você tem regras ou expectativas sobre isso em sua casa? Quais os fatores que influenciaram a criação de regras/expectativas sobre o uso de drogas e álcool?”

Após a realização do piloto a questão 1 ficou dessa forma: *“Você tem regras sobre o uso de álcool e outras drogas em sua casa? Se sim, o que fez com que essas regras fossem estabelecidas?”*

Ainda na sessão 2, percebeu-se que no instrumento “Planilha Pais/Responsáveis”, da mesma forma continha perguntas muito longas, fazendo com que os pais tivessem que reler muitas vezes cada uma. Com isso, verificou-se a necessidade de transformar as questões em um formato mais objetivo, para um melhor uso do tempo para discussão, e algumas perguntas foram divididas em mais de uma questão para facilitar a compreensão do respondente.

Para ilustrar será apresentada a modificação em uma das questões, antes assim: *“Você pode me falar um pouco sobre os interesses/hobbies de seu filho(a)? Quais são os pontos fortes dele/dela? Quais são as coisas que são difíceis para ela/ele? (Tente descobrir qual tipo de atividade, em grupos, clubes, etc).”*

Depois, foi transformada em duas questões mais objetivas:

- 1) *“Você tem conhecimento sobre as coisas que o(a) adolescente mais gosta ou se interessa? Se sim, conseguiria descrever algumas?”*
- 2) *“Você conseguiria descrever quais são os pontos fortes dele(a)? E quais são as coisas que são difíceis para ele(a)? Se sim, pode escrever aqui?”*

Na quarta e última sessão, em que estão presentes pais/responsáveis e adolescente, há um instrumento a ser preenchido por ambos para discutir mudanças de comportamento, tanto dos pais/responsáveis, quanto do adolescente. Ocorre que, na versão original, o instrumento: “Questionário: Concordância sobre as atitudes a favor das mudanças” não distinguia quem estava respondendo, parecendo ser direcionado aos pais/responsáveis somente, enquanto o manual instrui que ambos – pais/responsáveis e adolescentes – expressem suas opiniões. O *rappor*t do instrumento causou dúvidas aos

respondentes na aplicação do piloto, levando à designação de uma versão para o adolescente e outra para os pais/responsáveis:

- *Rapport* do questionário (versão pais/responsáveis): *Vamos rever a forma como as coisas têm acontecido desde nosso último encontro. Estou interessado em saber do esforço do adolescente em melhorar aspectos específicos dos comportamentos saudáveis. Eu gostaria de pedir que cada um avalie a quantidade de esforço que o adolescente tem feito desde o nosso último encontro. Por favor, indique um número de 1 a 5 [...] Agora, é o momento de avaliar o esforço de vocês pais ou responsáveis para melhorar o...*[Seguem as alternativas de respostas].
- *Rapport* do questionário (versão adolescente): *Vamos rever a forma como as coisas têm acontecido desde nosso último encontro. Estou interessado em saber do esforço que você tem feito em melhorar aspectos específicos dos comportamentos saudáveis. Gostaria de pedir que você avalie a quantidade de esforço que tem feito desde o nosso último encontro. Por favor, indique um número de 1 a 5 [...]. Agora é o momento de avaliar o esforço dos pais ou responsáveis para melhorar o...* [Seguem as alternativas de respostas].

Na sessão 3 não houve modificações nos instrumentos e nas intervenções propostas. A duração do encontro seguiu no tempo esperado, em que os objetivos propostos para serem realizados foram alcançados.



- Alterações realizadas a partir do Estudo-piloto 2

No estudo-piloto 2 foi testada a aplicabilidade do protocolo na versão grupal. Portanto, todas as sessões foram adaptadas para serem aplicadas em um grupo de adolescentes e em um grupo de pais, nas sessões separadas e em conjunto. As alterações no *rapport*, quando se referia aos adolescentes, foram passadas para o plural.

Observou-se que o grau de escolaridade em geral dos adolescentes que participaram do Estudo-piloto 2 era inferior ao do adolescente do Estudo-piloto 1, assim como a capacidade de compreensão de alguns pais/responsáveis divergiu entre a etapa 1 e 2 do piloto, o que repercutiu na necessidade de que algumas intervenções propostas no formato individual fossem simplificadas no formato grupal; viu-se que o estímulo para a discussão da temática deveria ser realizado de forma mais oral do que escrita, lançando-se mão de recursos como exemplos e explicações mais detalhadas sobre o que estava sendo proposto para ser discutido. A complementação com o material escrito auxiliou para que o que era verbalizado ficasse menos abstrato ao ser registrado no papel.

Contudo, alguns adolescentes demonstraram dificuldades no preenchimento de alguns recursos, como a planilha “Prontidão para a mudança”, que aparece nas duas sessões com os adolescentes e serve para medir o quanto os adolescentes estão prontos para mudar seus comportamentos. Assim, foram melhoradas as instruções aos aplicadores para uma explicação mais esclarecedora do que estava sendo solicitado.

Nas sessões com os adolescentes, evidenciou-se a importância de explicar com o grupo alguns exemplos e a partir do que ia sendo trazido pelos adolescentes – eles foram preenchendo o material de estímulo. Isto porque, logo que os mesmos receberam o material da sessão, demonstraram muita dificuldade em compreender o que estava sendo solicitado e se detiveram mais em cumprir com a tarefa do que em refletir sobre o exercício.

Para alguns adolescentes com baixa escolaridade, viu-se a importância de se desenvolver recursos adicionais mais ilustrativos e autoexplicativos. Como, por exemplo, incluir no exercício da “Planilha das Vantagens e Desvantagens” um material com duas colunas e com os desenhos de positivo  e negativo , indicando vantagens e desvantagens do uso, respectivamente.

No questionário “Planilha de Gatilhos e Fissura”, em que são listadas as razões para o uso de álcool e/ou outras drogas (tédio, fuga, relaxamento, socialização, melhoria da autoimagem, atração ou romance, “que se dane” e sem controle) se observou a possibilidade de utilizar ilustrações, facilitando a identificação pelos adolescentes da(s) razão(ões) para o seu uso de drogas. No questionário “Situações de Gatilhos ou Fissura”, que traz algumas situações com potencial para virarem gatilhos para o uso, também foi vista a necessidade de ilustrar as situações referidas.

Avaliação da compreensão das intervenções através do pré-teste e pós-teste

Foi realizada a medida de pré e pós-teste para aferir se as intervenções propostas pelo protocolo estavam sendo compreendidas e, portanto, atingindo aquilo que se propunham. Para tanto, mediu-se a motivação para o tratamento por meio do grau de motivação e prontidão para mudança (Ladder), tanto no adolescente do estudo piloto 1, quanto no grupo de adolescentes do estudo piloto 2.

Os adolescentes do estudo piloto 1 e estudo piloto 2 apresentaram uma tendência de aumento em sua motivação para mudar o comportamento de uso de drogas. O adolescente do primeiro estudo marcou no pré-teste o número quatro e no pós-teste o

número cinco. Os adolescentes do estudo piloto 2 apresentaram no pré-teste uma média de 4,2 ($DP = 1,14$) e no pós-teste a média foi 4,8 ($DP = 0,63$).

Discussão

O objetivo deste estudo foi descrever o processo de tradução e adaptação para a realidade brasileira e adequação da aplicabilidade clínica e coletiva do Protocolo de Intervenção Breve proposto pelo Manual *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use*, que foi desenvolvido nos Estados Unidos. É importante ressaltar a relevância de se realizar esse processo em protocolos manualizados e testados, principalmente ao se tratar de um manual para tratamento do uso de drogas na adolescência com a abordagem familiar, algo relativamente novo dentro das modalidades de tratamento da área (Payá & Figlie, 2010) que tem se mostrado um recurso terapêutico mais eficaz que o tratamento focado somente no adolescente (Robbins et al, 2011; Winters et al., 2012).

Conforme as etapas previstas na literatura (Hungerbühler & Wang, 2016), o presente estudo não cumpriu com a fase de validação. Sendo assim, para verificar se a adaptação das intervenções estava de acordo com o instrumento original, deu-se ênfase às fases da revisão por especialistas do material traduzido e ao desenvolvimento de dois estudos-piloto que garantiram mais robustez a análise da adequabilidade, por serem utilizados com o público-alvo da intervenção (Barbosa, Miranda, & Bueno, 2014; Beaton et al., 2000). Em se tratando dessas duas fases específicas, revisão por especialistas e os estudos-piloto, se faz importante discutir alguns pontos.

A revisão por especialistas, nesse estudo, também necessitou alterações no processo de análise de conteúdo, em que se tem como item fundamental a medida de concordância de 80% entre os juízes (Pasquali, 2016). Tendo em vista que não se tratava de uma escala, o número de itens de todo o manual trouxe a impossibilidade de pontuar a concordância entre os especialistas. O estudo apenas seguiu as indicações da análise das equivalências: semântica (significado das palavras), idiomática (convenções sobre expressões locais), experimental (experiências cotidianas), e conceitual e de itens (significado cultural), (Hungerbühler & Wang, 2016).

O número de participantes para o estudo-piloto 2 foi estipulado conforme recomendado por Hungerbühler e Wang (2016), de 10 a 20 pessoas. Vale salientar que esse valor não foi critério no estudo-piloto 1, já que o cuidado pela seleção do participante foi mais rigorosa, ao contar com participantes (adolescente e pais) com boa

capacidade de compreensão e bom nível de escolaridade. Além disso, a participação de ambos os pais também foi um diferencial exigido nessa escolha, pois se pode contemplar a visão da dupla. Todos esses critérios se aproximaram da realidade do estudo original (Winters et al., 2012), porém, são exceções quando se trata da realidade brasileira (Laranjeira, 2012).

O fato de todos os participantes serem do sexo masculino pode ser justificado pela frequência menor de adolescentes do sexo feminino estarem sendo atendidas no período da coleta no estudo-piloto 1 e, no estudo-piloto 2, por se tratar de um local de atendimento para adolescentes do sexo masculino. Essa limitação no método pode ser justificada pelo percentual maior de adolescentes do sexo masculino envolvidos com drogas; embora, no que diz respeito ao uso de álcool, o percentual de meninas esteja equivalente ao de meninos (Laranjeira, 2012). Ainda assim, a realidade brasileira aponta para uma frequência maior de uso de drogas entre homens (Bastos & Bertoni, 2014).

A apresentação dos resultados se deu em um formato qualitativo e descritivo, pois o objetivo foi apresentar as etapas de todo o processo, de modo que quando feito qualitativamente, pode-se contemplar todas as modificações realizadas. A apresentação dos dados de forma qualitativa encontrou respaldo na literatura, pois, de acordo com Hungerbühler e Wang (2016), geralmente os resultados do estudo-piloto são levantados por meio de uma avaliação qualitativa.

A partir da realização do teste de aplicabilidade, por meio dos estudos-piloto, viu-se a necessidade de alterações importantes da versão original, que foi desenvolvida nos EUA e no contexto escolar (Winters et al., 2012). Nesse estudo, o acesso à aplicação da intervenção breve em escolas foi mais restrito, vendo-se como possibilidades mais tangíveis ambulatórios e clínicas de internação especializadas. Isto porque a indicação pela escola de alunos que estavam fazendo uso de drogas e a realização da intervenção breve no mesmo espaço implicaria na exposição do adolescente.

Portanto, o nível de escolaridade dos participantes internados para tratamento do uso problemático de drogas delatou uma realidade e uma dificuldade não verificada no estudo original (Winters et al., 2012), embora muito encontrada no contexto brasileiro entre usuários problemáticos de drogas. No estudo de Galduróz et al. (2010), realizado nas capitais brasileiras, com 48.155 estudantes de ensino fundamental e médio de escolas públicas, verificou-se que a maioria (36,3%) tinha entre 13 e 15 anos, porém

71,6% frequentavam ainda o ensino fundamental, com um percentual de 45,9% de reprovações.

O objetivo de desenvolver uma versão coletiva para o protocolo (originalmente elaborado para aplicação individual) se deu pelo contato com os locais de tratamento de adolescentes usuários de drogas, onde se observou a restrição de salas, de tempo e de profissionais para darem conta da demanda. Somado a isto, estão os altos índices de uso de drogas na adolescência (Laranjeira, 2012) e a classificação econômica brasileira que se encontra com um percentual maior entre as classes C-E (www.abep.org/criterio-brasil). A modalidade de tratamento grupal pode contribuir para essa realidade na medida em que traz a possibilidade de tratar um número maior de pessoas ao mesmo tempo e custando menos do que a modalidade individual (Sobell & Sobell, 2013).

Quanto aos dados que apresentam se a intervenção breve está atingindo aquilo que se propõe atingir, cabe salientar que esse estudo não objetivou avaliar a eficácia do protocolo e, sim, utilizou uma medida de pré e pós-teste para demonstrar a compreensão das intervenções pelo adolescente do estudo-piloto 1 e posteriormente, a mesma medida foi empregada para verificar se a intervenção breve poderia ser aplicada coletivamente. A análise descritiva dos resultados, detendo-se no incremento no pós-teste, trouxe indícios de que o adolescente do estudo piloto 1 compreendeu a proposta do protocolo, e os adolescentes do estudo 2 se beneficiaram do intervenção mesmo em sua versão grupal.

A partir do material apresentado e discutido, concluiu-se que este estudo cumpriu com seu objetivo e apresentou um protocolo de intervenção adaptado para adolescentes brasileiros que estejam fazendo uso problemático de drogas. É importante salientar que foram seguidas as principais fases no processo de adaptação do manual, e que essa adaptação é uma condição importante para que a intervenção esteja próxima de uma prática do dia-a-dia (Winters, Tanner-Smith, Bresani, & Meyers, 2014).

Porém, houve algumas limitações no processo, como não apresentar o índice de concordância dos juízes e a validação, pois, nesse estudo, não foram encontradas formas de desenvolver esses procedimentos – ficando como sugestão para outros, que objetivem adaptar manuais, o uso desses recursos em algum formato a ser desenvolvido. No presente estudo, viu-se como possibilidade a substituição por outros procedimentos para que o processo não perdesse sua qualidade.

Uma sugestão é o desenvolvimento de um estudo para replicar o ensaio clínico randomizado realizado pelos autores do manual original, para verificar a eficácia desse

protocolo. Nesse estudo, não foi objetivado discutir sobre a eficácia da intervenção breve, mas entende-se que os resultados demonstram que a versão traduzida para o português se mostrou aplicável na realidade brasileira e em adolescentes do grupo clínico. Logo, é considerada uma versão final do manual que pode ser testada em outros estudos com a mesma amostra.

Referências

- Amodei, N., Lamb, R. J. (2004). Convergent and concurrent validity of the Contemplation Ladder and URICA scales. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 301-306. doi:10.1016/j.drugalcdep.2003.11.005
- Arria, A. M., Mericle, A. A., Rallo, D., Moe, J., White, W. L., Winters, K. C., & O'Connor, G. (2013). Integration of Parenting Skills Education and Interventions in Addiction Treatment. *Journal of Addiction Medicine* 7(1). doi: 10.1097/ADM.0b013e318270f7b0
- Barbosa, D. L. F., Miranda, M. C., & Bueno, O. F. A. (2014). Tradução e Adaptação do *Pay Attention!* – Um Programa de Treinamento dos Processos da Atenção para Crianças. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(4), 775-783. doi: 10.1590/1678-7153.201427418
- Bastos, F. I., Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro, ICICT/FIOCRUZ.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-91. (doi não encontrado).
- Biener, L., & Abrams, D. B. The Contemplation Ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology*. 1991; 10 (5): 360-5. doi: 10.1037/0278-6133.10.5.360
- Dembo, R., Winters, K. C., Belenko, S., Karas, L. M., Gullledge, L., & Wareham, J. (2014). Brief Intervention for Truant Youth Sexual Risk Behavior and Marijuana Use. *Journal Child & Adolescent Substance Abuse*, 23(5), 318-333. doi: 10.1080/1067828X.2014.928116.
- Dimeff, L. A., Baer, J. S. Kivlahan, D. R., Marlatt, G. A. (2002). *Alcoolismo entre estudantes universitários: uma abordagem de resução de danos. Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS)*. São Paulo, SP: Editora UNESP.
- Faria, M. L. V.C. (2016). *A avaliação da efetividade de um modelo de intervenção breve (método BASICS) para o uso de risco de álcool em estudantes do ensino médio*. [Tese de doutorado]. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu.

- Galduróz, J. C. F., Sanchez, Z. V., Opaleye, E. S., Noto, A. R., Fonseca, A. M., Gomes, P. L. S., & Carlini, E. A. (2010). Factors associated with heavy alcohol use among students in Brazilian capitals. *Revista de Saúde Pública*, *44*(2). doi: 10.1590/S0034-89102010000200006
- Hungerbühler, I. & Wang, Y. (2016). Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos. In C. Gorenstein, Y. Wang, & I. Hungerbühler. *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. (pp. 12-16). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kaynak, Ö., Winters, K. C., Cacciola, J., Kirby, K. C., & Arria, A. M. (2014). Providing Alcohol for Underage Youth: What Messages Should We Be Sending Parents? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* *75*(4). doi: 10.15288/jsad.2014.75.590
- Laranjeira, R. (Org.). (2012). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas*. Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas, INPAD. Recuperado de: http://www.inpad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=106
- Maisto, S.A, Chung, T. A., Cornelius, J. R., & Martin, C. S. (2003). Factor Structure of the SOCRATES in a Clinical Sample of Adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, *17* (2), 98–107. doi: 10.1037/0893-164X.17.2.98
- National Institute on Drug Abuse. (2014). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. Bethesda, MD: NIDA.
- Payá, R. & Figlie, N. B. (2010). Abordagem familiar em dependência química. In: N. F. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira. (Orgs.). *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo, SP: Roca.
- Pasquali, L. (2016). Princípios de elaboração de escalas. In: C. Gorenstein, Y. Wang, & I. Hungerbühler. *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. (pp. 4-11). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Robbins, M. S., Feaster, D. J., Horigian, V. E., Rohrbaugh, M., Shoham, V., . . . & Szapocznik, J. (2011). Brief Strategic Family Therapy versus Treatment as Usual: Results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, *79*(6), 713-727. doi: 10.1037/a0025477
- Silva, E. C. & Tucci, A. M. (2015). Intervenção Breve para Redução do Consumo de Álcool e suas Consequências em Estudantes Universitários Brasileiros. *Psicologia Reflexão e Crítica*, *28*(4), 728-736. doi: 10.1590/1678-7153.201528410
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2013). *Terapia de grupo para transtorno por abuso de substâncias: abordagem cognitivo-comportamental motivacional*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Terra, M. B., Silveira, D. X., Moreira, T. C., Ferigolo, M., Mazoni, C., Arena, F. X., & Barros, H. M. T. (2009). Convergent validation study of the Contemplation Ladder for application via telephone in tobacco users. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *58*(3), 143-149. doi.org/10.1590/S0047-20852009000300001
- Vanassche, S., Sodermans, A. K., Matthijs, K., & Swicegood, G. (2014). The effects of family type, family relationships and parental role models on delinquency and alcohol use among Flemish adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *23*(1), 128–143. doi: 10.1007/s10826-012-9699-5

- Wadolowski, M., Hutchinson, D., Bruno, R., Aiken, A., Najman, J. M., Kypri, K., Slade, T., McBride, N., & Mattick, R. P. (2016). Parents Who Supply Sips of Alcohol in Early Adolescence: A Prospective Study of Risk Factors. *American Academy of Pediatrics*. doi: 10.1542/peds.2015-2611
- Winters, K. C., Botzet, A., Fahnhorst, T., & Leitten, W. (2006). *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use: Manual*. Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- Winters, K. C., Fahnhorst, T., Botzet, A., Lee, S., & Lalone, B. (2012). Brief Intervention for Drug Abusing Adolescents in a School Setting: Outcomes and Mediating Factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 279–288. doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.005
- Winters, K. C., Lee, S., Botzet, A., Fahnhorst, T., Nicholson, A. (2014). One-year outcomes and mediators of a brief intervention for drug abusing adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 464-474. doi: 10.1037/a0035041
- Winters, K. C., & Leitten, W. (2001). *Brief intervention manual*. Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- Winters, K. C., & Leitten, W. (2007). Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(2), 249-254. doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.005
- Winters, K. C., Leitten, W., Wagner, E., & Tevyaw, T. O. (2007). Use of brief interventions for drug abusing teenagers within a middle and high school setting. *Journal of School Health*, 77 (4), 196-206. doi: 10.1111/j.1746-1561.2007.00191.x
- Winters, K. C., Tanner-Smith, E. E., Bresani, E., & Meyers, K. (2014). Current advances in the treatment of adolescent drug use. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 5, 119-210. doi.org/10.2147/AHMT.S48053

3.1.2 Estudio 2

Terapia Breve para adolescentes que consumen drogas y la participación de los padres en el tratamiento: Estudio de caso

Resumen: El objetivo del presente artículo fue analizar los resultados de la aplicación en Brasil de una Terapia Breve para adolescentes con abuso de drogas, con sesiones dirigidas a los padres. Se presenta el caso de un varón de 16 años con problemas con consumo diario de alcohol. Se realizó una terapia breve, con cuatro sesiones que se desarrollaran en dos meses con el adolescente y sus padres. El adolescente fue evaluado antes y después del tratamiento para probar su motivación para el tratamiento. Los resultados muestran que la participación de los padres fue muy significativa para la mejora en la motivación del adolescente en hacer cambios en su conducta y en su consumo de alcohol.

Palabras Claves: Terapia Breve; Consumo de drogas en la Adolescencia; Intervención para los Padres

The Brief Intervention for adolescent's drug users and the parents' participation in treatment: Case Study

Abstract: The aim of this article was to analyze the Brazilian application results of the Brief Intervention for adolescents' drug abusers, with sessions for the parents. We present the case of 16 years old boy with daily alcohol consumption. The adolescent was assessed before and after treatment to test his motivation for the treatment. The results show that the parents' participation was very significant for the adolescent's motivation improvement to make changes in his behavior and his alcohol consume.

Keywords: Brief Intervention; Drug abuse in Adolescence; Parent Intervention

Introducción

En Brasil, el consumo de sustancias psicoactivas por adolescentes se ha incrementado y ocurre cada vez más precozmente (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2016). Según la *Investigación Nacional de la Salud Escolar*, el porcentaje de jóvenes que han consumido alcohol aumentó de 50,3% en 2012 a 55,5% en 2015. Y el porcentaje de aquellos que consumieron drogas ilegales aumentó de 7,3% hasta el 9% en el mismo período (IBGE, 2016). En los Estados Unidos, el estudio anual que evalúa un incremento del consumo de drogas para adolescentes el *Monitoring the Future* (MTF), verificó que consumían alcohol, el 33,2% de los adolescentes con edades entre 17 y 18 años, el 19,9% entre aquellos con 15 y 16 años, y 7,3% con 13 y

14 años (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2016). En España, según el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2016) los datos del año de 2014 acerca de la prevalencia del consumo de alcohol muestran que 78,9% de los adolescentes de 14-18 años han bebido alguna vez en la vida, 76,8% en los últimos 12 meses, 68,2% en los últimos 30 días y 1,7% consumió diariamente en los últimos 30 días.

La adolescencia es una fase con gran riesgo para el inicio del consumo de drogas y alcohol por ser un momento en el que aparecen muchos cambios en la vida del individuo (García, Pillón, & Santos, 2011). Además, es un periodo en que el cerebro no está completamente desarrollado, y por lo tanto los adolescentes son más impulsivos (Winters, 2008). De la misma forma, la personalidad está formándose en esta fase evolutiva (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993). En este sentido, algunas características de personalidad pueden actuar como importantes factores de riesgo para los problemas con las drogas (Milivojevic et al., 2012). Por ejemplo, la búsqueda por novedades puede ser un componente de riesgo, cuando está asociada a otras características de adolescencia como la ya mencionada impulsividad (Chambers, Taylor, & Potenza, 2003). Otras características de la personalidad pueden ser componentes protectores en la adolescencia, como la autodirección que tiene relación con la capacidad de controlar y regular el comportamiento para la adaptación (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993).

Por otra parte, el consumo de drogas está asociado con otros trastornos mentales (Castellanos-Ryan, O'Leary-Barrett, & Conrod, 2013). La adolescencia es una fase con alto riesgo para el inicio de síntomas de ansiedad, que ocurren con gran frecuencia en el final de la infancia y inicio de la adolescencia (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009). Los trastornos de ansiedad están entre las psicopatologías más comunes entre los jóvenes, y el trastorno de ansiedad social el más frecuente (Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). Según el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) el Trastorno de ansiedad social es caracterizado por un miedo o ansiedad intensa asociada a interacciones sociales en que el individuo si percibe delante de la evaluación de las otras personas. El individuo presenta gran miedo de mostrar los síntomas de ansiedad y evita las situaciones sociales o las experimenta con acentuada dificultad. El miedo o ansiedad es desproporcional a la amenaza real planteada. Es frecuente que los individuos con este diagnostico utilicen sustancias, como el alcohol, como forma de automedicarse.

Una alternativa para el tratamiento y prevención del consumo de drogas para los adolescentes que se ha mostrado efectiva es la Terapia Breve (Winters, Tanner-Smith, Bresani, & Meyers, 2014). La Terapia Breve, es una intervención estructurada, de tiempo limitado y con bajo coste en su aplicación. Su objetivo es disminuir el consumo de drogas y los riesgos asociados, así como prevenir el aumento de la gravedad del uso y motivar al adolescente para la abstinencia (Garner et al., 2009; Winters, Leitten, Wagner, & Tevyaw, 2007). El proyecto SUPERA (*Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento*) desarrollado por la Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas de Brasil, fomenta el uso de terapias breves (Formigoni, 2014) para el tratamiento de las personas con abuso y dependencia de alcohol y sustancias psicoactivas en la realidad social brasileña.

Otro factor que se ha mostrado fundamental para ayudar a adolescentes con problemas con las drogas es la atención a su relación con sus padres o cuidadores (National Institute for Abuse [NIA], 2014). Intervenciones que favorecen los vínculos familiares producen resultados beneficiosos para la mejora del comportamiento adictivo del adolescente (Dietz, Santos, Hidebrandt, & Leite, 2011; Pratta & Santos, 2006). Además, intervenciones con padres y adolescentes ayudan en la resolución de conflictos y la disminución de comportamientos de riesgo (Vanassche et al. 2014), pues aquellos adolescentes que tienen la percepción que son apoyados por sus padres tienden a reducir el consumo de drogas (Winters, Fahnhorst, Botzet, Lee, & Lalone, 2012).

Winters y colaboradores (2006) desarrollaron una Terapia Breve para adolescentes, que además incluía sesiones dirigidas a los padres. Los resultados de eficacia indicaron que cuando se aplica la Terapia Breve a los adolescentes y a los padres obtenían mejores resultados que cuando se aplicaba sólo con adolescentes (Winters et al., 2012). Además, en un estudio de seguimiento después de un año, la Terapia Breve dirigida a adolescentes y a padres mantenía su eficacia diferencial todavía (Winters, Lee, Botzet, & Nicholson, 2014). Los estudios de eficacia realizados con la Terapia Breve han sido realizados en población estadounidense (Winters et al., 2014b). Por lo que una pregunta que falta por responder es si esta terapia podría ser adaptada a la población brasileña.

Así pues, el objetivo de este estudio es presentar un estudio de caso donde se aplicó la Terapia Breve para adolescentes y padres, a un adolescente brasileño que tenía problemas con el consumo de alcohol.

Método

Diseño del Estudio

Es un estudio piloto en que se empleó un diseño de un solo participante ($N = 1$), del tipo A-B-A, donde A indica pretest y posttest, y B indica el momento de intervención. Siendo la intervención una Terapia Breve individual con la participación de los padres o tutores (Winters et al., 2006). El participante no recibió tratamiento farmacológico durante la intervención.

Presentación del Caso y del motivo de consulta

El participante es un varón de 16 años, que estudia por la mañana en la educación Secundaria en un instituto público, su escolarización es normal. Además, trabaja a media jornada por la tarde, en un empleo social para adolescentes mediante un proyecto del gobierno Brasileño. Vive con su padre, madre, una hermana menor de 10 años, sus abuelos y un tío, por la parte de su madre. El nivel socio económico es bajo.

A los 10 años, el participante fue diagnosticado de un trastorno de Fobia Social por lo que recibió terapia psicológica para este problema. En la actualidad el participante todavía cumple los criterios para Trastorno de Ansiedad Social - 300.23 [F40.10], sólo actuación (DSM-5, APA, 2014), pues presenta fuerte ansiedad en la interacción social, principalmente junto a otros adolescentes.

El motivo actual que le ha hecho solicitar tratamiento psicológico es un problema con el consumo desadaptado de alcohol. Su jefe se dio cuenta que el participante estaba embriagado mientras trabajaba. Hablaba más que lo de costumbre, principalmente con sus compañeras chicas. La escuela fue informada por los responsables del trabajo del adolescente, y entonces los padres fueron avisados de lo que estaba ocurriendo. También fueron informados que consumía alcohol en la escuela, en el intervalo entre las clases, y después de las clases. Sus padres se quedaron muy sorprendidos, aunque había confirmado que su rendimiento educativo había empeorado considerablemente en los últimos meses. Este comportamiento implicaba un cambio drástico con respecto a su comportamiento habitual, por lo que los padres decidieron llevarlo a tratamiento psicológico.

Instrumentos

Para evaluación del adolescente se utilizó los siguientes instrumentos:

- a) *Drug Use Screening Inventory* (DUSI) [Inventario de evaluación del Uso de Drogas], (Tarter, Laird, Bukstein, & Laminer, 1992). Utilizamos la versión Brasileña (De Micheli & Formigoni, 2002). Este cuestionario está formado por 149 items y evalúa 10 áreas de la vida del adolescente, lo que permite hacer un perfil de sus problemas con el consumo de drogas. Las respuestas son dicotómicas (“si” y “no”). En este estudio fue utilizado solamente la primera parte que evalúa el consumo de 13 clases distintas de drogas en él último mes. Presenta adecuadas propiedades psicométricas ($\alpha = 0,99$) (De Micheli & Formigoni, 2000, 2002).
- b) *Temperament and Character Inventory — Revised* (TCI-R) [Inventario de Temperamento y Carácter-Revisado] (Cloninger, Przybeck, Syrakic, & Wetzel, 1994). Utilizamos la versión Brasileña para personas con 14 años o más (Gonçalves & Cloninger, 2010). Está formado por 240 ítems tipo Likert de 1 – 5. La versión brasileña presenta adecuadas propiedades psicométricas, $\alpha > 0,70$ en todas las dimensiones (Gonçalves & Cloninger, 2010).
- c) *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES) [Escala de motivación para el cambio y ansiedad frente al tratamiento] (Miller y Tonigan, 1996). Es una escala que evalúa el grado de la motivación para el cambio del paciente en el consumo de alcohol. Validada con adolescentes (Maisto, Chung, Cornelius, & Martin, 2003). Para esta investigación hemos utilizado la versión Brasileña (Figlie, Dunn, & Laranjeira, 2004). La escala está compuesta por 19 ítems y esta subdividida en dos factores: Ambivalencia y Reconocimiento (AmRec) y Acción. Ambas subescalas presentan adecuadas propiedades psicométricas, $\alpha = 0,86$ para AmRec y $\alpha = 0,71$ para Acción (Figlie, Dunn, & Laranjeira, 2004).

Para evaluación de los padres se utilizó:

- a) *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) [Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias] (WHO ASSIST Working Group, 2002). Para esta investigación se utilizó la versión Brasileña que presenta adecuadas propiedades psicométricas para la subescala de alcohol ($\alpha = 0,80$), subescala de marihuana ($\alpha = 0,79$) y cocaína ($\alpha = 0,81$) (Henrique, Micheli, Lacerda, Lacerda, & Formigoni, 2004).
- b) *Escala de Responsividade e Exigência* [Escala de Receptividad y Exigencia]: es una escala que evalúa las prácticas de cuidado de los padres (padre y madre en

separado) para con sus hijos (Costa, Teixeira, & Gomes, 2000). Esta subdividida en dos partes: la primera es la “exigencia”, que habla de las actitudes de los padres de control del comportamiento de los hijos, la segunda es la “Receptividad” que son las actitudes más comprensivas de los padres con sus hijos. Promoviendo la práctica de apoyo emocional, la autonomía de los hijos. La escala es del tipo Likert de 3 puntos (1 – 3) (Teixeira, Bardagi, & Gomes, 2004). La subescala de Exigencia presenta adecuadas características psicométricas ($\alpha = 0,83$ para los padres y ($\alpha = 0,78$ para las madres), así como la subescala de responsabilidad ($\alpha = 0,91$ padres y ($\alpha = 0,91$ madres) (Teixeira, Bardagi, & Gomes, 2004).

Procedimiento

Se realizó una sesión con el adolescente y su padre, que fue el responsable que trajo al menor para el tratamiento. En esta primera sesión, se explicó el programa, el número de sesiones, y como iba a ser la participación de ambos padres. Los dos padres firmaron el consentimiento informado. Los padres y el participante cumplimentaron cuestionarios antes y después de la aplicación del tratamiento. No recibieron ninguna compensación por participar en el tratamiento. El estudio fue aprobado por el comité ético de la Universidad (CAAE: 48681015.6.0000.5336).

El tratamiento tuvo una duración de dos meses, con tres encuentros semanales de 60-90 minutos, y la cuarta y última sesión fue de seguimiento, con un intervalo de un mes. Fue realizado por dos terapeutas en un ambulatorio de una organización no gubernamental que trabaja con personas de bajo nivel socioeconómico con problemas con las drogas. Después de terminado el programa, al participante se le indicó que debía seguir tratamiento en un grupo para adolescentes que había en la misma institución.

Tratamiento

El programa de tratamiento utilizado en este estudio fue la Terapia Breve para Adolescentes y Padres (TBAP) (Winters et al., 2006). Este programa de intervención fue traducido y adaptado a la población brasileña por el grupo de investigación de la Universidad Católica do Rio Grande del Sur (PUCRS). La TBAP, se realiza individualmente, con una duración de cuatro sesiones. La primera es con sólo el adolescente, la segunda es con los padres o tutores, la tercera es nuevamente sólo con el adolescente, y por fin, la cuarta y última es con el adolescente juntamente con los padres. En la Figura 1 están los objetivos de cada una de las sesiones.

Módulo	Sesión	Objetivos
Razón-Emoción	1	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identificar situaciones que llevan al consumo de drogas; 2) Examinar las creencias irracionales subyacentes de las situaciones de riesgo; 3) Desarrollar una lista de creencias alternativas que promueban la abstinencia.
Resolución de Problemas	3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Discutir acerca de los métodos para el desarrollo de habilidades de resolución de problemas; 2) Definir estrategias para resolución de problemas; 3) Identificar las dificultades de resolución de los problemas para desarrollar habilidades de afrontamiento para la reducción del riesgo; 4) Aplicar estrategias para resolución de problemas para ampliar habilidades de afrontamiento positivo.
Entrenamiento para Padres	2	<ol style="list-style-type: none"> 1) Desarrollar habilidades para incrementar comportamientos parentales eficaces; 2) Examinar las actitudes de los padres acerca de las drogas; 3) Definir e incentivar niveles adecuados de acompañamiento y supervisión.
Interacción Padres y Hijos	4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Analizar la interacción entre padres y adolescentes; 2) Desarrollar habilidades de comunicación más eficaces; 3) Aplicar habilidades de resolución de problemas para aumentar la comunicación familiar; 4) Desarrollar habilidades para los comportamientos de relaciones familiares favorables.

Figura 1. *La estructura de las sesiones de la Terapia Breve*. Fuente: Adaptado del Winters, K. C., Botzet, A., Fahnhorst, T., & Leitten, W. (2006). *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use: Manual*. Minneapolis, MN: University of Minnesota.

Resultados

Evaluación antes de empezar la intervención

Antes de empezar la intervención, podemos ver que en el último mes el participante había consumido alcohol más de 20 veces, casi todos los días. Su bebida preferida son las que tiene una alta graduación alcohólica (40°). No había consumo de otras drogas.

Con respecto a las dimensiones de personalidad, como podemos ver en la Tabla 1, cuanto al temperamento, el adolescente tuvo puntuaciones más alta en Dependencia de la Recompensa y más bajas en Evitación del Daño. En la dimensión del carácter, presentó puntuación más alta en Autotranscendencia y más baja para Autodirección. La Tabla 1, muestra las puntuaciones en cada dimensión del temperamento y del carácter en comparación con la media de las puntuaciones de la muestra de la adaptación Brasileña del TCI – R (Gonçalves & Cloninger, 2010).

Tabla 1. *Evaluación de las dimensiones de la personalidad del adolescente*

Dimensiones		Puntuación Directa*	M (DT)**
Temperamento	BN	117 (Alta)	98.8 (13,8)
	ED	66 (Baja)	96.8 (16,7)

Carácter	DR	122 (Alta)	102.5 (13,8)
	PS	132 (Alta)	120.6 (13,8)
	AD	125 (Baja)	143.9 (20,0)
	CO	147 (Alta)	135.8 (16,4)
	AT	113 (Alta)	78.3 (15,4)

Nota. M = Média; DT = Desviación Típica; BN = Búsqueda de Novedades; ED = Evitación del Daño; DR = Dependencia de la Recompensa; PS = Persistencia; AD = Autodirección; CO = Cooperación; AT = Autotranscendencia; *puntuaciones de las respuestas del participante; **Gonçalves & Cloninger (2010).

La evaluación del uso de drogas por los padres indicó que los dos habían hecho uso de drogas en la vida. La madre tenía historia de consumo de tabaco, alcohol, cannabis y cocaína. Actualmente sigue con el consumo de alcohol, con baja gravedad (puntuación = 8). El padre tenía historia de consumo de: tabaco, alcohol, cannabis y inhalantes. Actualmente, también consume alcohol, baja gravedad (puntuación = 5).

En cuanto a la evaluación de los estilos parentales a partir de la percepción del hijo, tanto la madre, cuanto el padre tuvieron puntuaciones altas en las escalas de Exigencia y Receptividad. La Tabla 2 muestra las puntuaciones obtenidas a partir de las respuestas del hijo acerca de sus padres juntamente con las medias presentadas en el estudio de la validación del instrumento en población Brasileña (Teixeira, Bardagi, & Gomes, 2004).

Tabla 2. Puntuaciones de los estilos parentales de los padres

Estilo Parental	Madre		Padre	
	Puntuación Directa	M (DT)*	Puntuación Directa	M (DT)*
Exigencia	44	29,3 (7,75)	37	27,5 (8,97)
Receptividad	47	37,1 (8,26)	35	33,7 (9,73)

Nota. M = Média; DT = Desviación Típica; *Las puntuaciones fueran obtenidas considerándose las medias para hombres en el estudio de Teixeira, Bardagi y Gomes (2004).

Análisis Cualitativo de las sesiones de intervención

En la Figura 2, aparecen los objetivos trabajados en cada sesión, de acuerdo con el protocolo de tratamiento de la Terapia Breve. Es posible observar que el adolescente y sus padres pudieran aprovechar las intervenciones y hacer cambios importantes.

Sesión	Objetivos Alcanzados
1 (Adolescente)	Los motivos que llevaran al uso del alcohol: relacionarse mejor con las chicas y los amigos. Creencias irracionales: “el alcohol me hace ser más extrovertido” “el alcohol hace que me comporte mejor a nivel social” “Si con el dinero del trabajo compro alcohol para mis amigos, esto me hace ser más popular”. Ideas alternativas: “hay otras cosas que me pueden ayudar a ser mas extrovertido y mejorar mi rendimiento social, como es apuntarme a clases de inglés o clases de música con instrumento” “el comprar alcohol y beberlo en el trabajo y en la escuela, va a tener como consecuencia que me expulsen del trabajo y de la escuela”.
	<i>Actitudes personales y comportamentales de los padres acerca de las drogas:</i>

2 (Padres)	<p>a) Los padres hablaran sobre su consumo de drogas en la adolescencia y el uso de alcohol por el abuelo y tío que viven juntos.</p> <p>b) Intentan hablar con su hijo sobre las consecuencias de la bebida y como ha afectado en su vida.</p> <p>c) Son conscientes de que convivir con el abuelo y tío (consumidores de alcohol) interfiere negativamente en el consumo de alcohol del participante (por ejemplo, el abuelo y tío le piden al participante que vaya a comprar alcohol para ellos.</p> <p>d) Siempre hay alcohol disponible en casa.</p> <p><i>Desarrollo de actitudes eficaces y de niveles adecuados de acompañamiento y supervisión:</i> Los padres, tienen muchas dudas con respecto a sus actitudes y los límites hacia el consumo de alcohol de su hijo. Quieren tratarlo bien, pero necesitan practicar comportamientos alternativos a los autoritarios e indulgentes con respecto al consumo de alcohol.</p>
3 (Adolescente)	<p><i>Resolución de problemas y habilidades de afrontamiento positivo:</i> El participante, al ser el hijo mayor, percibe que tiene mucha presión y responsabilidad en su casa, por parte de su familia. Percibe que sus padres han estado trabajando mucho y reconoce su necesidad de relacionarse mejor con ellos, pero no lo consigue dado que tiene mucha dificultad en exponer sus necesidades. En el mismo sentido, en la relación con los amigos le ocurre lo mismo, es muy difícil darles un “no” cuando se siente presionado a beber alcohol. Tiene miedo de ser mal interpretado por ellos y por lo tanto excluido del grupo.</p>
4 (Adolescente y Padres)	<p><i>Resolución de problemas:</i> La familia ya tenía un otro lugar para vivir, pues la convivencia con sus familiares, usuarios frecuentes de alcohol, era un factor de riesgo para el participante. Se pactó que los padres controlarían el dinero de su hijo, y que con este dinero se pagarían las clases de inglés. <i>Habilidades de comunicación y de comportamientos de relaciones familiares favorables:</i> Se habló de una nueva situación que apareció, el participante deseaba salir con nuevos amigos. Así pues, salió sólo y volvió muy tarde, generando una gran preocupación en los padres. El participante refirió que él estaba seguro, que no ha hecho nada y se sentía valorado por sus nuevas amistades. Así pues, en la sesión se llegó a un acuerdo, los padres llevarían el adolescente para los encuentros y conocerían sus nuevos amigos.</p>

Figura 2. *Objetivos alcanzados en las sesiones de la terapia breve.*

Evolucion del participante antes y después del tratamiento

Como puede ser observado en la Tabla 3, después del tratamiento, el participante presentó una mejora en el nivel de motivación para el cambio del comportamiento de consumo de alcohol. En la misma línea, también presentó mejora en los niveles en Ambivalencia y Reconocimiento y también un incremento en la Acción.

Tabla 3. *Evaluación de la motivación en el pre y postest*

SOCRATES	Pretest		Postest	
	Puntuación*	Nivel**	Puntuación*	Nivel**
AmRec	37	Alto	43	Muy Alto
Acción	36	Muy Alto	38	Muy Alto

Nota. AmRec = Ambivalencia y Reconocimiento; *obtenido a través de las respuestas del adolescente; **Niveles presentados en el estudio de Figlie (2004).

Discusión y Conclusiones

El objetivo de este estudio de caso fue presentar resultados preliminares de efecto terapéutico de una terapia breve para adolescentes y padres, desarrollada en

Brasil. Los resultados muestran que la terapia breve con el adolescente y con sus padres fue importante para que se produjera un incremento de la motivación para cambio de consumo de alcohol por el adolescente. El resultado principal es que los padres monitorearon mejor su hijo y todas las cosas que ejercían influencia en el consumo del alcohol, mientras volvieron su atención a las necesidades del mismo. Además, los datos pueden estar mostrando un posible cambio en la motivación del adolescente. En el mismo sentido, su motivación para el tratamiento ya empezó en un nivel alto y se mantuvo y aumentó después de la intervención. Resultado que tal vez se deba por la participación de los padres en el tratamiento (Liddle, 2004). La mejora en la relación entre padres y hijos puede ayudar en el tratamiento para el consumo de drogas en la adolescencia (Winters, Fahnhorst, Botzet, Lee, & Lalone, 2012).

La terapia breve es una intervención indicada para adolescentes que presentan problemas con el consumo de drogas (NIA, 2014; Winters et al., 2014b). Sin embargo, muchas terapias breves son exclusivamente para el adolescente, y, en los casos que hay una intervención con los padres o tutores, estos reciben una intervención en grupos especializados, pero en muchas ocasiones separadamente del hijo/a (Arria et al., 2013). Así pues, los resultados aquí presentados sugieren que la realización de una terapia con pocas sesiones y con la participación de los padres puede generar cambios en la actitud y en la motivación para abandonar el consumo de alcohol. Esto es importante, en lugares donde no existe una red sanitaria, ni se tienen recursos financieros y personales para ayudar un gran número de adolescentes.

El tratamiento psicológico para adolescentes debe ser diferente del que se aplica para niños y adultos, porque la adolescencia es un periodo de la vida que es único y lleno de cambios y novedades (NIDA, 2014), por lo tanto, la terapia breve puede estar bien aceptada por los adolescentes y como se ha visto, puede ser útil para reducir el consumo de alcohol en adolescentes (Winters et al., 2014b). Aunque es un solo estudio de caso, aun así, el caso descrito presenta las características típicas de un adolescente con un abuso de alcohol: a) su necesidad de pertenecer a los grupos de amigos, lo que ha hecho con que pagase las bebidas a los miembros del grupo (Patrick & Schulenberg, 2014), b) su introversión, que volvió a generarle problemas en la adolescencia y que fue “afrentada” con los efectos del alcohol. El aprender a relacionarse con el grupo de iguales, utilizando el consumo de drogas, es una motivación muy común entre aquellos que tienen problemas con las drogas (Deas, 2006). c) Trastorno de Ansiedad Social. Los individuos del sexo masculino con Trastorno de ansiedad social presentan mayor

tendencia para el consumo de alcohol y drogas como forma de enfrentamiento de la sintomatología ansiosa (APA, 2014).

Además, es importante hablar de aquellas características del adolescente que le hacían vulnerable al consumo de alcohol. Los resultados referentes a los rasgos de personalidad muestran algunas características que pueden estar muy asociadas a este comportamiento y otras que sirven para protegerlo. El participante presentó puntuaciones altas en todos los factores de la dimensión del temperamento, menos en Evitación del Daño, pero la puntuación más alta fue en Dependencia de la Recompensa. Con respecto al carácter, puntuó bajo en Autodirección, y alto en todos los factores, siendo la Autotrascendencia la más alta. La literatura indica que el consumo de alcohol en adolescentes está asociado con puntuaciones altas en Búsqueda de Novedades y con puntuaciones bajas para Persistencia (Hartman, Hopfer, Corley, Hewitt, & Stallings, 2013).

Así, que el hecho de que el participante presentaba mayor puntuación en la Dependencia de la Recompensa que en Búsqueda de Novedades, puede indicar que sus comportamientos dependen de la aprobación de los otros (Cloninger, Syrakic, & Przybeck, 1993). La dependencia de la recompensa puede haber sido un componente importante para el inicio del uso, ya que indicó su deseo de participar de un grupo de amigos y, por lo tanto, tenía que corresponder con algunos comportamientos. Pero este factor de carácter también puede haber ayudado en su motivación para la reducción del consumo de alcohol, intentando cumplir con las expectativas de los padres, que fueron clarificadas gracias a la intervención. Por otra parte, la baja puntuación en Evitación del Daño, puede haber influido en la gravedad del consumo de alcohol, dado que sugiere que no se enfrentaría con los comportamientos, consecuencias negativas y problemáticas del consumo del alcohol. Posiblemente hasta el momento del inicio del tratamiento, el único comportamiento reforzado por los demás, los tíos y el abuelo, fuera el consumo de alcohol. Por otra parte, una puntuación más alta en Persistencia, junto con la intervención, puede haber favorecido su cambio de comportamiento (Müller, Weijers, Böning, & Wiesbeck, 2008).

En cuanto a la dimensión del carácter, es necesario resaltar que tratase de un niño de 16 años, así que mientras las dimensiones del temperamento son innatas, las del carácter van cambiando de acuerdo con el desarrollo. Muchas nuevas experiencias pueden traer aprendizajes y luego, respuestas adaptativas (Cloninger, Svraic, & Przybeck, 1993). Pero, es importante enfatizar que las bajas puntuaciones en

Autodirección pueden explicar su consumo problemático de alcohol, indicando el adolescente todavía no tiene su capacidad de autocontrolarse desarrollada. Mientras sus puntuaciones altas para la Autotrascendencia pueden haber ejercido una influencia positiva en el proceso de la terapia breve y en su adhesión al tratamiento, pues las personas que tienen puntuaciones altas en este factor son más propensas a experimentar emociones más positivas (Cloninger & Zohar, 2011), y por lo tanto, posiblemente el participante haya vivido la experiencia de la terapia breve de forma positiva.

La participación de los padres en el tratamiento se mostró importante. Ellos eran conscientes de los riesgos que su hijo tenía, principalmente de la exposición al alcohol en su casa y el uso del dinero para compra del alcohol. Sin embargo, dado que los padres habían consumido drogas en la juventud, se mostraron muy confundidos en cual era la actitud más adecuada. En muchas ocasiones, no se dieron cuenta de lo que le pasaba a su hijo, basados en una visión de normalidad de la situación. En otros momentos no se sentían con condiciones de ayudarlo por la creencia de que no podrían ser un buen ejemplo, aunque ellos mismos han superado sus problemas con las drogas. Así que trabajar en las sesiones recursos para ayudar su hijo los proporcionaron unas actitudes y estrategias más adecuadas frente a las necesidades del adolescente. Este resultado simboliza el hecho de que pese a la importancia de contar con los padres en las intervenciones con adolescentes con abuso de drogas, aunque no es lo habitual en los tratamientos (Arria et al., 2013).

La percepción que el adolescente tenía de sus padres, sugiere, que pese a haber tenido una historia de consumo de drogas, estos tenían un estilo parental adecuado. Estudios sobre estilo parental, sugieren que tener las características elevadas de Receptividad y Exigencia corresponde a una tipología de estilo parental Autoritativo, que está más asociado a aspectos positivos (Costa, Teixeira, & Gomes, 2000). Por último, el hecho de las puntuaciones de la madre fueran más altas que las del padre, se ha confirmado en otros trabajos, especialmente cuando se evalúa desde la perspectiva de los chicos (Teixeira, Bardagi, & Gomes, 2004).

Los resultados aquí presentados son de un estudio de caso, por lo que es importante subrayar que los datos aquí descritos no pueden extenderse a otros casos de adolescentes que consumen drogas. Así pues, en futuras investigaciones es importante comparar la Terapia Breve con otras intervenciones que se han mostrado eficaces para el tratamiento de los adolescentes con consumo de alcohol (Liddle, Dakof, Turner, Henderson, & Greenbaum, 2008) en un estudio controlado y aleatorizado. Así pues

estos datos pueden ser vistos como una experiencia de una primera aplicación de la Terapia Breve con sesiones con el adolescente y con sus padres.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. 5 ed. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Arria, A. M., Mericle, A. A., Rallo, D., Moe, J., White, W. L., Winters, K. C., & O'Connor, G. (2013). Integration of parenting skills education and interventions in addiction treatment. *Journal of Addiction Medicine*, 7(1):1-7. doi: 10.1097/ADM.0b013e318270f7b0
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D.S. (2009) Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-IV. *Psychiatric Clinics of North America Journal*, 32(3), 483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002
- Castellanos-Ryan, N., O'Leary-Barrett, M., & Conrod, P. J. (2013). Substance-use in Childhood and Adolescence: A Brief Overview of Developmental Processes and their Clinical Implications. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 41–46.
- Chambers, R. A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1041-52. doi: 10.1176/appi.ajp.160.6.1041
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, MO: Center for Psychobiology and Personality, Washington University.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975–990. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
- Cloninger, C. R., & Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, 128, 24–32. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.012
- Costa, F. T., Teixeira, M. A. P., & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e Exigência: Duas Escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 465-473.
- De Micheli, D., & Formigoni, M. L. (2000). Screening of drug in a teenage Brazilian sample using the drug use screening inventory (DUSI). *Addictive Behaviors*, 25(5), 683-691. doi: 10.1016/S0306-4603(00)00065-4

- De Micheli, D., & Formigoni, M. L. (2002). Psychometric properties of the Brazilian version of the drug use screening inventory. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(10), 1523-28. doi: 10.1111/j.1530-0277.2002.tb02451.x
- Deas, D. (2006). Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(7), 18-23.
- Dietz, G., Santos, C. G., Hidebrandt, L. M., & Leite, M. T. (2011). As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 7(2), 85-91.
- Figlie, N. B. (2004). *Motivação para o tratamento do alcoolismo*. [Tesis doctoral]. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Figlie, N. B., Dunn, J., & Laranjeira, R. (2004). Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 91-99. doi: 10.1590/S1516-44462004000200005
- Formigoni, M. L. O. (Org.). (2014). *Intervenção Breve: módulo 4 (SUPERA)*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasil.
- Garcia, J. J., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2011). Relations between family context and substance abuse in high school adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 753-61. doi: 10.1590/S0104-11692011000700013
- Garner, B. R., Godley, S. H., Funk, R. R., Dennis, M. L., Smith, J. E., & Godley, M. D. (2009). Exposure to Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) treatment procedures as a mediator of the relationship between adolescent substance abuse treatment retention and outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(3), 252-264. doi:10.1016/j.jsat.2008.06.007
- Gonçalves, M. & Cloninger, M. C. R. (2010). Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory — Revised (TCI-R). *Journal of Affective Disorders*, 124, 126–133. doi:10.1016/j.jad.2009.11.007
- Hartman, C., Hopfer, C., Corley, R., Hewitt, J., & Stallings, M. (2013). Using Cloninger's Temperament Scales to Predict Substance Related Behaviors in Adolescents: A Prospective Longitudinal Study. *The American Journal on Addictions*, 22(3). doi:10.1111/j.1521-0391.2012.12010.x
- Henrique, I. F. S., Micheli, D., De Lacerda, R. B., De Lacerda, L. A., & Formigoni, M. L. O. S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2(50), 199-206.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2016). Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 16 de maio de 2017.

- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*, *99*(2), 76-92. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00856.x
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, *103*, 1660–1670. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x
- Maisto, S. A., Chung, T. A., Cornelius, J. R., & Martin, C. S. (2003). Factor Structure of the SOCRATES in a Clinical Sample of Adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, *17* (2), 98–107. doi: 10.1037/0893-164X.17.2.98
- Milivojevic, D., Milovanovic, S. D., Jovanovic, M., Svrakic, D. M., Svrakic, N. M., Svrakic, S. M., & Cloninger, C. R. (2012). Temperament and Character Modify Risk of Drug Addiction and Influence Choice of Drugs. *The American Journal on Addictions*, *21*, 462–467. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00251.x
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, *10*(2), 81-89. doi:10.1037/0893-164X.10.2.81
- Müller S. E., Weijers, H. G., Böning, J., Wiesbeck, G. A. (2008). Personality traits predict treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Neuropsychobiology*, *57*(4), 159-64. doi: 10.1159/000147469
- National Institute on Drug Abuse. (2016). Drugs facts: High school and youth trends. Disponível em: www.drugabuse.gov. Acesso em: 20 de maio de 2017.
- National Institute on Drug Abuse. (2014). Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide. Bethesda, MD: NIDA
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. ESTADÍSTICAS 2016: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. (2016). España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.
- Patrick, M. E., & Schulenberg, J. E. (2014). Prevalence and predictors of adolescent alcohol use and binge drinking in the United States. *Alcohol Research*, *35*(2), 193-200.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, *11*(3), 315-22.
- Rapee, R. M., Schniering, C., & Hudson, J. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *5*(3), 11-41. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628.
- Tarter, R. E., Laird, S. B., Bukstein, O., & Kaminer, Y. (1992). Validation of the Drug Use Screening Inventory: Preliminary findings. *Psychology of Addictive Behaviors*, *6*, 233–236. doi: 10.1037/h0080632

- Teixeira, M. A. P., Bardagi, M. P., & Gomes, W. B. (2004). Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. *Avaliação Psicológica*, 3(1), 1-12.
- Vanassche, S., Sodermans, A. K., Matthijs, K., & Swicegood, G. (2014). The effects of family type, family relationships and parental role models on delinquency and alcohol use among Flemish adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 23(1), 128–143. doi: 10.1007/s10826-012-9699-5
- Winters, K. C. (2008). Adolescent brain development and drug abuse. USA: The Mentor Foundation.
- Winters, K. C., Botzet, A., Fahnhorst, T., & Leitten, W. (2006). *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use: Manual*. Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- Winters, K. C., Fahnhorst, T., Botzet, A., Lee, S., & Lalone, B. (2012). Brief Intervention for Drug Abusing Adolescents in a School Setting: Outcomes and Mediating Factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 279–288. doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.005
- Winters, K. C., Lee, S., Botzet, A., Fahnhorst, T., Nicholson, A. (2014a). One-year outcomes and mediators of a brief intervention for drug abusing adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 464-474. doi: 10.1037/a0035041
- Winters, K. C., Leitten, W., Wagner, E. & Tevyaw, T. (2007). Use of brief interventions for drug abusing teenagers within a middle and high school setting. *Journal of School Health*, 77(4), 196-206. doi:10.1111/j.1746-1561.2007.00191.x.
- Winters, K. C., Tanner-Smith, E. E., Bresani, E., & Meyers, K. (2014b). Current advances in the treatment of adolescent drug use. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 5, 119-210. doi.org/10.2147/AHMT.S48053
- World Health Organization ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183-94. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x

3.1.3 Estudo 3

The Adolescent and Parent Brief Intervention Protocol: A Pilot Study in Brazilian Sample

Abstract

Background and Objective: The parents' participation in adolescents' drug use treatment is a fundamental resource for good progress. Therefore, this pilot study demonstrates the feasibility of a Brief Intervention for drug using adolescents, which contains sessions for parents and was adapted from a North American protocol to a Brazilian sample. **Method:** We tested the protocol adaptation in 28 adolescents (aged 14-18 years) to compare three conditions: 1) Group with Adolescent/Parent (GAP); 2) Group with Adolescent only (GA); 3) Treatment as Usual (TAU). The original protocol was tested in the school context, on adolescents who presented low drug use. In this pilot study, we tested adolescents with high drug use problems, resident of a therapeutic community. The design of the original protocol is applied individually. However, in the Brazilian context, the application was performed in a group therapy version. **Results:** GAP post-test outcomes reveal significant improvement. **Conclusion:** The experience could test the applicability of a protocol from the USA to the Brazilian context. Despite showing results from a pilot study, the brief intervention demonstrated promising results.

Keywords: Substance Use Disorders; Brief Intervention; Parent-Adolescent Relationship.

Introduction

The development of difficulties in many areas in life is very common in adolescent drug users (Castellanos-Ryan, O'Leahy-Barrett, & Conrod, 2012; Fergusson & Boden, 2008). The adolescent with drug use can present academic problems, such as low academic performance and high prevalence of school dropout (National Institute on Drug Abuse [NIH], 2014; Sillins et al., 2014). The use also increases the risk for unplanned pregnancies and sexual behavior risks, including infectious diseases (Dembo et al., 2014; NIH, 2014). Likewise, violence, legal problems, and driving under the influence of drugs (Fergusson & Boden, 2008) are other risks linked to alcohol and other drug use by adolescents (Winters, Tanner-Smith, Bresani, & Meyers, 2014). In Brazil, the prevalence of HIV/AIDS in adolescents who inject drugs (13-19 years old) is 1.6%, and the hepatitis C infection caused by drug use in adolescents (10-19 years) is 0.5%. The rate of deaths by drug use in adolescents aged 10-19 years is 0.8%.

Moreover, the amount of younger people (18-25 years old) involved in drug trafficking crimes is 17% (Duarte, Stempliuk, & Barroso, 2009).

Although drug and alcohol use in adolescence is a widely recognized global problem, the treatment for people aged 15 years or more is scarce (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2016). In the United States, 22.5 million people aged 12 and older need treatment for alcohol or illicit drug use (Substance Abuse Mental Health Service Administration [SAMHSA], 2015). In European countries, such as Spain, people aged 18 or younger, when admitted in a treatment for problems with alcohol or illicit drug use had an incidence rate 2.340 (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías [OEDT], 2016). In Brazil, 284 (0.2 %) children aged 5-9 years and 6.047 (20%) adolescents aged 10-19 years were admitted into public substance use treatment (Duarte, Stempliuk, & Barroso, 2009).

For that reason, it is important to attend to some evidence-informed strategies to attract and maintain drug using adolescents in treatment (National Institute for Abuse [NIA], 2014): a) the Brief Intervention (BI) is a strategy that can help reducing drug use and risky behaviors (NIA, 2014; Winters, 2016); b) group therapy is an important support to achieve abstinence (Velasquez et al., 2015); c) the behavioral approaches (Hogue, Henderson, Ozechowski, & Robbins, 2014) intend to help the adolescent in acquiring adequate skills and strategies to reduce the drug-using behavior (Winters et al., 2014); d) motivational interview therapy is an efficacious approach (D'Amico et al., 2015) that focuses on the adolescents' engagement in treatment (Stewart et al., 2016); and e) family-based therapeutic approaches (Stockings et al., 2016; Tanner-Smith, Wilson, & Lipsey, 2013) focuses on reducing family risk factors and promoting parents' monitoring (Winters et al., 2014).

When focusing in family-based treatments for adolescent drug use, previous studies tested the efficacy of protocols that involves parent's participation. The Brief Strategic Family Therapy (BSFT) was compared to a Treatment as Usual (TAU) and showed more significant improvements (Robbins et al., 2011). Another family-based treatment, the Multidimensional Family Therapy (MDFT), was compared to Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and presented better results in the follow-up analysis (Liddle et al., 2008). Both therapies are recommended by the National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2014). Other studies are showing that the parent's involvement in the adolescent treatment is fundamental (Koning et al., 2009; Stanger, Budney, Kamon, & Thostensen, 2009; Slesnick & Prestopnik, 2005).

Considering the above mentioned, we elected, for this study, a Brief Intervention protocol with parents' participation to treat drug use in adolescents (Winters, Botzet, Fahnhorst, & Leitten, 2006). This 4-session protocol comprises the family based-approach and motivational interview strategies. We believe these aspects to be effective when treating adolescents in the Brazilian context and to be fundamental when thinking about treatment availability in public health. Group therapy is another important aspect to be considered when focusing adolescents. Hence, an adapted group version was employed (Cerutti, da Rocha, Dacroce, & Argimon, in press).

About the studies with the Brief Intervention protocol, the first version of was developed at the University of Minnesota, USA (Winters & Leitten, 2001). After some adjustments, another version was established in 2006 (Winters et al., 2006). This version was tested by Winters and Leitten (2007) in a randomized clinical trial with 79 adolescents who were identified in a school setting and subdivided into three conditions: Brief Intervention for Adolescents and Parents (BI-AP; $n = 26$); Brief Intervention for Adolescents only (BI-A; $n = 26$) and Control Group (CON; $n = 27$). The BI-AP was the condition that presented the best outcomes. Similarly, the results of the subsequent study with 315 adolescents, in the same context and the same conditions, showed better outcomes in BI-AP (Winters, Fahnhorst, Botzet, Lee, & Lalone, 2012). In the one-year follow-up, the result concerning a sample of 284 adolescents, the same participants of the Winters et al. (2012) study, presented a longer positive outcome in BI-AP condition (Winters, Lee, Botzet, Fahnhorst, & Nicholson, 2014).

Thus, the Brief Intervention protocol with parents' participation has been shown to be effective in the treatment of adolescents in a school setting. However, two questions that remains to be answered are whether this type of psychotherapy are feasible in a clinical population of adolescents and in other contexts. So, through this pilot study, we aimed to demonstrate the feasibility of a Brief Intervention in a clinical sample of drug using adolescents, which contains sessions for parents and was adapted from a North American protocol to a Brazilian sample. Specifically, we described the protocol's application in a different context, compared to the originally tested.

Method

Participants

Initially, 36 adolescent residents of the therapeutic community were assessed and the final sample was composed of 28 adolescents aged 14-18 years (see figure 1).

All adolescents were male, studied in public schools and none of them lived with both parents. The mean age was 15.86 ($SD = 1.01$). Regarding the conditions, the Group with Adolescent/Parent (GAP) was 15.70 ($SD = 0.82$), the Group with Adolescent only (GA) was 15.60 ($SD = 1.17$), and the mean age of Treatment as Usual (TAU) was 16.38 ($SD = 0.92$). The adolescent groups did not differ in any characteristics (see Table 1). Concerning the group of parents who participated in the study, 8 (28.6%) were mothers, one (3.6%) was a sister and one (3.6%) was a grandmother.

All the adolescents were polydrug users. Cannabis was the drug that all adolescents tried, and the other drugs that were used the most are alcohol (89.3%; $n = 25$), tobacco (82.2%; $n = 23$), and crack-cocaine (78.6%; $n = 22$). When asked about drug predilection and problems with drug use, cannabis was the most likely to be chosen (57.1%; $n = 16$) and tobacco was the drug that engendered most problems according to the adolescents (14.3%; $n = 4$). In terms of the severity of drug use by parents, 6 (21.6%) had moderate tobacco use, and 1 (3.6%) had moderate alcohol use. Regarding the use of more than one substance, 7 (25.0%) were polydrug users: 6 (85.7%) used licit drugs and 1 (14.3%) used illicit drugs.

Table 1

Conditions characteristics in the baseline data

Variable	Conditions – n (%)			
	All ($n = 28$)	GAP ($n = 10$)	GA ($n = 10$)	TAU ($n = 8$)
<i>School grade</i>				
Elementary	25 (89.3)	9 (90.0)	9 (90.0)	7 (87.5)
High	3 (10.7)	1 (10.0)	1 (10.0)	1 (12.5)
<i>Dwelling situation</i>				
With a parent	16 (57.1)	9 (90.0)	3 (30.0)	4 (50.0)
With another relative	5 (17.9)	1 (10.0)	3 (30.0)	1 (12.5)
Shelter situation	4 (14.3)	-	1 (10.0)	3 (37.5)
Another person	3 (10.7)	-	3 (30.0)	-
<i>Father situation</i>				
Deceased	8 (28.6)	2 (20.0)	3 (30.0)	3 (37.5)
Nocontact	7 (25.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	1 (12.5)
Provider	7 (25.0)	2 (20.0)	2 (20.0)	3 (37.5)
Justice problems	3 (10.7)	1 (10.0)	1 (10.0)	1 (12.5)
Drug user	3 (10.7)	1 (10.0)	2 (20.0)	-
<i>Mother situation</i>				
Deceased	5 (17.9)	-	3 (30.0)	2 (25.0)
Nocontact	1 (3.6)	-	1 (10.0)	-
Unemployed	3 (10.7)	-	-	3 (37.5)
Provider	11 (39.3)	9 (90.0)	1 (10.0)	1 (12.5)
Justice problems	1 (3.6)	-	-	1 (12.5)
Drug user	5 (17.9)	1 (10.0)	4 (40.0)	-
Retired	1 (7.1)	-	1 (10.0)	1 (12.5)
<i>Criminal law infraction</i>	17 (60.7)	5 (50.0)	6 (60.0)	6 (75.0)
<i>Infraction Severity*</i>				

Mild	3 (11.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	1 (12.5)
Average	2 (7.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	-
Severe	4 (14.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	-
Very severe	8 (29.0)	-	3 (30.0)	5 (62.5)
<i>Previously treatment</i>	22 (78.6)	6 (60.0)	8 (80.0)	8 (100.0)
<i>Time of current treatment</i>				
Admission	5 (17.9)	3 (30.0)	1 (10.0)	1 (12.5)
Detoxification	18 (64.4)	6 (60.0)	9 (90.0)	3 (37.5)
Support abstinence	2 (7.1)	1 (10.0)	-	1 (12.5)
Social reintegration	3 (10.7)	-	-	3 (37.5)
<i>Drug severity problems**</i>				
Moderate use	13 (46.4)	6 (60.0)	5 (50.0)	2 (25.0)
Severe use	15 (53.6)	4 (40.0)	5 (50.0)	6 (75.0)

Note. GAP = adolescent and parents group; GA = adolescent group; GC = group control. *n* = participant frequency; % = perceptual frequency. *was based in the ECA; **DUSI – absolute density of problems mean score: Moderate use (20%); Severe use (80%) (De Micheli & Formigoni, 2000, 2002).

Measures

- a) *Sociodemographic questionnaire*: the questionnaire presents questions about the adolescent (age, academic situation, previous and current treatment) and his/her parents (age, father and mother context). Also, the severity of criminal law infraction was added to this questionnaire, based on the Brazilian Child and Adolescent Statute (Brazil, 1990). The severity was subdivided into: a) Lower offensive potential: possession of narcotic substance for one's own use, use of a white weapon in a public place; b) Average offensive potential: theft, receiving stolen objects; c) Severe offensive potential: illicit drugs trafficking, use of fire arms; d) Very serious threat to life: homicide and robbery.
- b) *Drug Use Screening Inventory – DUSI* (Tarter, 1990): the inventory is used to evaluate the adolescents' profile of problematic drug use. It was adapted and validated to the Brazilian context (De Micheli & Formigoni, 2000), with a 149-item self-report scale that includes 10 adolescent life domains. Each item has a "yes-no" response option. In this study, we applied the short version, in which the first part assesses last month substance use of 13 different drugs and the second part contains 15-items about craving, tolerance and abstinence. The results were obtained using the absolute density problems, when we divided the number of affirmative answers in the area by the total number of questions in the area number and multiplied by 100 (De Micheli & Formigoni, 2002). The Brazilian version of DUSI presents a good internal consistency ($\alpha = 0.96$; $SD = 0.02$); (De Micheli & Formigoni, 2002).
- c) *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, version 8–SOCRATES V.8* (Miller & Tonigan, 1996): the 19-item version, with a 5-point scale (from totally disagree to totally agree), was adapted for the Brazilian context

(Figlie, Dunn, & Laranjeira, 2004). This version comprises 2 factors (Ambivalence-Recognition [AmRec] and Taking Steps) and presents an adequate internal consistency: AmRec ($\alpha = 0.86$) and Taking Steps ($\alpha = 0.71$), (Figlie, Dunn, & Laranjeira, 2004). Maisto, Chung, Cornelius, and Martin (2003) validated this 19-item self-report measure in the adolescent population. In this study, the SOCRATES was used to evaluate the adolescents' motivation in the pre and post-test.

- d) *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST* (World Health Organization [WHO], 2002): the test was used to assess the parents' or tutors' drug use problems. The Brazilian version presents good internal consistency at the following drugs' subscales: alcohol ($\alpha = 0.80$), cannabis ($\alpha = 0.79$) and cocaine ($\alpha = 0.81$), (Henrique, Micheli, Lacerda, Lacerda, & Formigoni, 2004).

Procedure

The parents were invited to participate and asked whether the adolescents had permission to participate in the study. All participants signed informed letters of consent, the adolescents assented, and the parents (or tutors) consented. This study was approved by the University Ethic Committee (CAAE: 48681015.6.0000.5336).

The sessions with parents or other family members were conducted on Sundays, during their visit days. The parents who agreed to participate were included in the study. Because of the participants' poor economic conditions, many of the parents don't visit their children frequently.

In the clinical sample, the diagnosis of substance use disorder was established by the therapeutic community psychologist, who also answered the sociodemographic questionnaire about the participants. All the adolescents filled out the DUSI and SOCRATES measures and the parents answered the ASSIST questionnaire, both in an assessment session at the base line. The SOCRATES was also applied in the post-test meeting.

The adolescents were non-randomly assigned in three conditions: 1) Group with Adolescent/Parent (GAP); 2) Group with Adolescent only (GA); 3) Treatment as Usual (TAU). We decided to maintain the same conditions of the original studies (Winters & Leitten, 2007; Winters et al., 2012). However, because a brief intervention was applied in a clinical sample who received the local intervention, we had a TAU, which is different from the originals studies, when the Control Group with pre- and post-test was used.

All the adolescents whose parents participated in the study were assigned to the GAP ($n = 12$). The other adolescents who received the first session of the intervention, but didn't have the parents' participation, were assigned to the GA ($n = 10$). The TAU ($n = 10$) was assigned to boys who couldn't participate in the first session, but were evaluated in two moments, like the other conditions. Concerning the dropouts in the study, 32 adolescents was assessed for eligibility criteria, from which we had 3 early clinical discharges (GAP = 2 cases; TAU= 1 case), and 1 participation refusal (TAU= 1 case). We demonstrate the phases implemented in our study (see Figure 1) based on The Consort Flow diagram 2010 (<http://www.consort-statement.org/>).

In relation to the therapeutic community rules, we had to conduct the conditions assigned to the adolescents' sessions with all the adolescents. In other words, the GA and GAP ($n = 22$) were tested together. However, we managed to apply all protocol materials of the Brazilian version in the two sessions. The sessions were conducted by one therapist who has experience working with adolescents and knowledge of the protocol's interventions.

Regarding the follow-up, we evaluated in the post-test the participants after a month, like the original protocol instruction, and after 6 months. Therefore, after this period (6-month), we couldn't assess the adolescents who performed the evaluation, so we asked the therapeutic community psychologist about the adolescents' treatment situation. The professional, blinded about the conditions, answered if each adolescent, after 6 months, presented: a) clinical discharge; b) relapse; c) adherence; or d) no adherence.

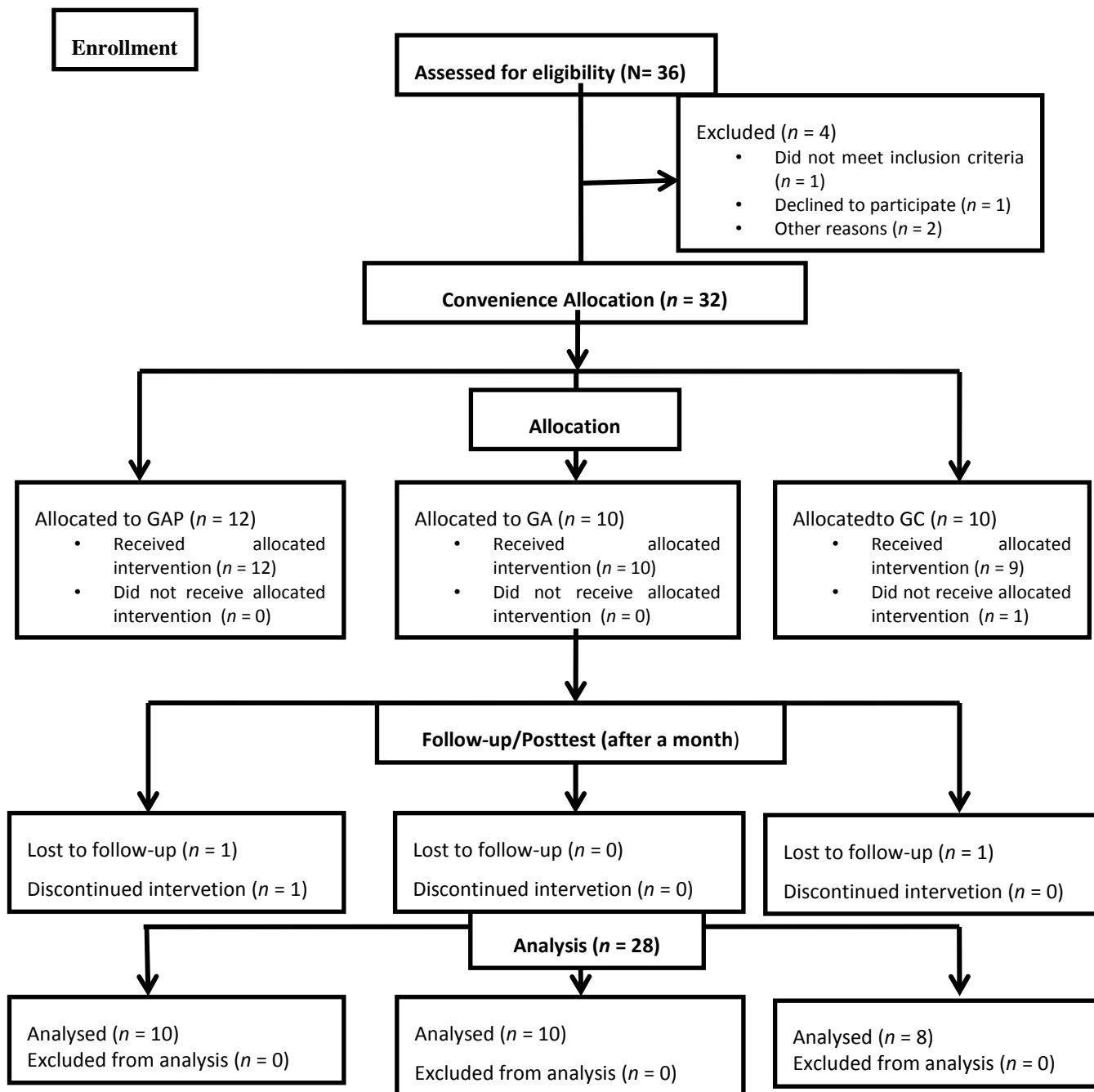


Figure 1. Study phases based on Consort 2010 Flow Diagram.

Brief Intervention

The brief intervention is a 4-session protocol for adolescent and parents, and was tested in this study in a group therapy version. The sessions last from 60 minutes to 1h30min. The first and third sessions are for adolescents only. The second session is for parents only. And the fourth session is for adolescents and parents together. The three first sessions are delivered once per week, separated by 7 days, and the 4th session is the follow-up, so it happens after a month (Winters et al., 2006; Winters et al., 2012). The conditions GA and GAP receive the same sessions 1 and 3.

The first session (adolescent only) focuses on identifying: a) activating events for drug use; b) examining irrational beliefs about the activating events; c) exploring pros and cons about the problematic behavior; and d) reflecting on alternative activities a side from the drug use. The session with parents proposes: a) developing effective parenting behaviors; b) examining parental knowledge and personal attitudes towards drugs use; and c) discussing risk and protective factors in adolescence. The third session, with adolescents only, is about developing problem solving skills to apply in high-risk situations and expanding positive coping. Then, the fourth session, with parents and adolescent, is about their interaction and effective communication, aspiring a good family relationship to provide responsibility for the treatment goals (Winters et al., 2006).

Setting

The therapeutic community is a long-term residential treatment for adolescents with substance use disorder, which allows boys only. The therapeutic program lasts from nine to 12 months and is divided into three phases: 1) detoxification (1^o-3^o month); 2) abstinence support (4^o- 6^o month); and 3) social reintegration or “graduation” (7^o-9^o month) – it is the moment to leave the treatment and go back home after concluding the program. The adolescents come for treatment, in most cases, by Court order or by family request.

Analysis Plan

The analysis was developed in Statistical Package for Social Sciences program for Windows, version 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2008). A 5% significance level was employed. Descriptive analyses (*M*, *DP*, *n*, %) were used to describe the conditions’ characteristics. Pre- and post-test were compared across groups through Pearson’s χ^2 .

Furthermore, the Clinical Significance was estimated and analyzed in three steps (Sheldrick, Kendall, & Heimberg, 2001): 1) Calculating the Reliable Change Index (RCI) (Abramowitz, 1998; Sheldrick et al., 2001); 2) The range of functional population based on the standard deviation was used to compare with conditions means. The conditions means are situated in the functional population’s means range (+/- *SD*) to interpreted the functional direction (Kendall, Marrs-Garcia, Nath, & Sheldrick, 1999); and 3) Calculating the effect size by Hedge’s *g* in the range of a functional population to

prove there was no statistical difference between the GAP and functional population improvements (Hedges & Olkin, 1985). We interpreted the g values based on Cohen's recommendation: (≥ 0.2) small, (≥ 0.5) medium, (≥ 0.8) large (Cohen, 1988). For the second and third step, our mean and standard deviation of Taking Steps post-treatment outcomes were compared with the sample of adolescents continuously abstinence following treatment (Doerfler, Melle, McLaughlin, & Fisher, 2016).

Results

Pre- and post-test Motivation outcomes compared across conditions

No significant pre-test differences in the AmRec subscale were found between the conditions, whereas GAP and GA presented similar frequencies. The GAP Group presented superior frequencies and higher outcomes in posttest, compared with pretest, as depicted in Table 2. However, these differences did not reach the statistical level ($p > 0.05$). Toward subscale Taking Steps, a similar pattern was found (see Table 2). However, GAP presented higher outcomes than other groups in the posttest and this difference reached the statistical level ($\chi^2_{(2)} = 6.13$; $p = 0.04$). With regards to the pretest, differences did not reach the statistical level ($p > 0.05$).

Table 2
Conditions and pre-posttest outcomes

Conditions		SOCRATES Scoring*					Total
		Very Low	Low	Medium	High	Very High	
		AmRec – n (%)					
Pretest	GAP	2 (7.1)	-	1 (3.6)	1 (3.6)	6 (21.4)	10 (35.7)
	GA	2 (7.1)	1 (3.6)	-	1 (3.6)	6 (21.4)	10 (35.7)
	TAU	2 (7.1)	0 (0.0)	-	2 (7.1)	4 (14.3)	8 (28.6)
	Total	6 (21.4)	1 (3.6)	1 (3.6)	4 (14.3)	16 (57.1)	28 (100.0)
Posttest	GAP	-	-	1 (3.6)	-	9 (32.1)	10 (35.7)
	GA	4 (14.3)	1 (3.6)	-	-	5 (17.9)	10 (35.7)
	TAU	3 (10.7)	1 (3.6)	-	1 (3.6)	3 (10.7)	8 (28.6)
	Total	7 (25.0)	2 (7.1)	1 (3.6)	1 (3.6)	17 (60.7)	28 (100.0)
		Taking Steps – n (%)					
Pretest	GAP	-	-	-	1 (3.6)	9 (32.1)	10 (35.7)
	GA	-	1 (3.6)	-	-	9 (32.1)	10 (35.7)
	TAU	1 (3.6)	1 (3.6)	-	1 (3.6)	5 (17.9)	8 (28.6)
	Total	1 (3.6)	2 (7.1)	-	2 (7.1)	23 (82.1)	28 (100.0)
Posttest	GAP	-	-	-	-	10 (35.7)	10 (35.7)
	GA	3 (10.7)	-	-	-	7 (25.0)	10 (35.7)
	TAU	4 (14.3)	-	-	-	4 (14.3)	8 (28.6)
	Total	7 (25.0)	-	-	-	21 (75.0)	28 (100.0)

Note: n = participant frequency; % = frequency perceptual; Pre-Posttest were compared across group through Pearson's χ^2 ($p \leq .05$). *Based in scores presented in Brazilian validation study (Figlie, 2004).

Clinical Significance

The clinical significance was based on Taking Steps (SOCRATES) means in discharge outcomes by adolescents if continuously abstinent following treatment (Doerfler et al., 2016). These groups presented a Taking Steps score ($M = 31.2$; $SD = 6.17$) in the admission, and a Taking Steps score ($M = 35.1$; $SD = 5.10$) in the treatment discharge (Doerfler et al., 2016). The results of the clinical significance analysis are showed in Table 3.

Table 3
Clinical Significance Change across conditions in Taking Steps (SOCRATES)

Taking Steps Outcomes					
Conditions	Pretest $M(DP)$	Posttest $M(DP)$	FS $M(DP)$	RCI ($n = 482$)	g
GAP ($n = 10$)	35.1 (3.51)	36.6 (3.31) ^a	35.1 (5.10)	5.24**	0.66
GA ($n = 10$)	34.9 (3.96)	31.0 (9.21) ^a	35.1 (5.10)	-	-
TAU ($n = 08$)	30.1 (7.75)	29.8 (10.63) ^b	35.1 (5.10)	-	-

Note: GAP = adolescent and parents group; GA = adolescent group; TAU = Treatment as Usual; FS = Functional Sample (Doerfler et al., 2016); RCI = Reliable Change Index; **Significance RCI values (RCI >1.96; 95%; Sheldrick et al., 2001); g = Effect Size by Hedge's g (medium)

^aWith in the normal range

^bOut of the normal range

When comparing the clinical significance in all conditions in this study with the functional group, the GAP condition presented a medium effect size that represented similar results with functional sample. When comparing other conditions, the results demonstrated that the GA post-test means were within the normal range, but TAU's were not. Because the Taking Steps means decreased in the post-test, neither conditions reveal RCI and effect size results.

In order to analyze the clinical effectiveness of each treatment condition, we observed that the post-treatment changes produced by the GAP condition were completely reliable. We calculated the Reliable Change Index (RCI) and obtained a 95-98% reliability index for Taking Steps measures, which were similar to the functional population scores. In contrast, GA and TAU participants did not show clinically significant improvement at the post-treatment assessment, since no reliable change occurred (see the Hedges' g effect size in Table 3).

6-month follow-up

Based on a therapeutic community psychologist assessment about the adolescents' situation after 6-month, we observed in the GAP: clinical discharge ($n = 4$; 40%); relapse ($n = 1$; 10%); noadherence ($n = 1$; 10%); and adherence ($n = 4$; 40%). In the GA: clinical discharge ($n = 3$; 30%); relapse ($n = 2$; 20%); noadherence ($n = 4$; 40%); and adherence ($n = 1$; 10%). And in the TAU: clinical discharge ($n = 2$; 25%); relapse ($n = 1$; 12,5%); noadherence ($n = 3$; 37,5%); and adherence ($n = 2$; 25%).

Discussion

This pilot study aimed to demonstrate the feasibility of the adolescent and parents' brief intervention protocol (Winters, Botzet, Fahnhorst, & Leitten, 2006) in the Brazilian adolescent context and in a group version. The main result of this pilot study showed improvements in the brief intervention protocol for adolescents and parents. Compared with other conditions, the group that received the protocol sessions demonstrated better results in post-test outcomes. The results, with superior outcome in GAP condition, was similar to the original protocol studies (Winters & Leitten, 2007; Winters et al., 2012). Likewise, the result about the adolescents' treatment situation after 6-month might indicate that GAP was in better circumstances than other conditions. These results agree with other studies that suggested family-based approaches for adolescent drug use treatment (Hogue & Liddle, 2009; Koning et al., 2009; Liddle et al., 2008; Robbins et al., 2011; Stanger, Budney, Kamon, & Thostensen, 2009; Slesnick & Prestopnik, 2005).

Motivation was our dependent variable, since the sample was composed by residential treatment adolescents who received medically assisted detoxification and were abstinent. Also, the motivation or readiness to change is fundamental in the drug use treatment (Miller & Rollnick, 2013). To assess this construct, we used the SOCRATES questionnaire. SOCRATES is a popular instrument in investigating the Motivation of drug users (Bertholet et al., 2009). It is utilized in studies with adolescent samples (Doefler et al., 2016; King, Chung, & Maisto, 2009; Maisto et al., 2003; Maisto et al., 2011), and specifically using the subscale Taking Steps, it demonstrates good outcomes with this population (Carey, Maisto, Carey, & Purnine, 2001; Hall et al., 2014). Our results were similar, we found significant post-test improvement only in this

subscale. Additionally, we consider that our results are associated with the protocol's objective. The brief intervention is intended, essentially, to change the behavior.

Even though this is a pilot study, we want to highlight that, because we applied the protocol in a therapeutic community, the sample was composed by a clinical population. In this context, we found a sample that was different from the original sample in which the protocol was tested, because there are many adolescents with serious drug use problems, with low educational level, justice problems and poor family support. Thus our study was original and relevant, because it proved the brief intervention protocol is adequate in this context. Furthermore, there are other family-based treatments that are indicated for behavioral problems in comorbidity with substance use disorder (Liddle et al., 2008; Sheidow & Henggeler, 2012).

However, this research presents limitations. Considering our small sample, we had some difficulties in implementing the same design as the originals studies. This consideration is an important result of this study, and could be essential in other research that aim at developing a similar study in a Brazilian-like context, using the same protocol.

Therefore, the analysis plan was executed for a non-parametric sample. To make sure that our outcomes were significant, we used the clinical significance analysis. This analysis is recommended to identify meaningful changes that are not detected in standard analysis (Jacobson & Truax, 1991). In addition, we used the Hedge's g to predict the effect size, because g is considered better for small samples than Cohen's d (Grissom & Kim, 2005; Hedges & Olkin, 1985).

Furthermore, the samples were mostly made up of boys. Had they been composed of a bigger proportion of men with substance use disorder, the results would only be generalizable to male gender with high drug use problems and law infractions. Moreover, it was positive to compare the conditions' characteristics, but the results did not represent the girls' sample and the sample is representative only for patients seen in daily clinical practice. Despite this limitation, literature shows that it is important to conduct different interventions to boys and girls with substance use disorders (NIDA, 2014), and the access to the boys' sample was easier than girls' sample because the male gender corresponds to 87% of residential treatment in Brazil (Duarte, Stempliuk, & Barroso, 2009).

Important directions for future research include having a larger sample to test the protocol's efficacy through a randomized clinical trial. Another aspect is to apply this

brief intervention protocol to a girls' sample and in adolescents without severe problems drug use to compare results and test the protocol feasibility after the adaptation to the Brazilian context.

In conclusion, considering that our study has a clinical direction, the results are showing that the use of family-approaches is viable to treat adolescents in a context like Brazil's. Also, besides this result is from a pilot study, results suggest that brief intervention can be applied in Brazilian adolescents' reality and in a clinical sample.

Acknowledgements

This research was supported by the *National Council for the Improvement of Higher Education (CAPES)*. Special acknowledgements to Ken Winters, P.h.D., for the protocol use permission.

Conflicts of Interest

The authors declare that they have no conflict of interest.

References

- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy, 29*(2), 339-355. doi: 10.1016/S0005-7894(98)80012-9
- Bertholet, N., Dukes, K., Horton, N. J., Palfai, T. P., Pedley, A., & Saitz, R. (2009). Factor structure of the SOCRATES questionnaire in hospitalized medical patients. *Addictive Behaviors, 34*, 568-572. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.03.013
- Brazil. Child and Adolescent Statute – ECA. (1990). Federal Law number 8.069, July 13, 1990. Retrieved from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
- Carey, K. B., Maisto, S. A., Carey, M. P., & Purnine, D. M. (2001). Measuring readiness-to-change substance misuse among psychiatric out patients: Reliability and validity of self-report measures. *Journal of Studies on Alcohol, 62*, 79–88.
- Catellanos-Ryan, N., O'Leary-Barrett, M., Conrod, P. J. (2012). Substance-use in Childhood and adolescence: A brief overview of developmental processes and their clinical implications. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 22*(1), 41-46.
- Cerutti, F., da Rocha, B. F., Dacroce, L. R. B, & Argimon, I. I. de L. (in press). Adaptação brasileira do manual Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use. *Revista de Avaliação Psicológica – IBAP*.

- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- D'Amico, E. J., Houck, J. M., Hunter, S. B., Miles, J. N. V., Osilla, K. C., & Ewing, B. A. (2015). Group Motivational Interviewing for Adolescents: Change Talk and Alcohol and Marijuana Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(1), 68-80. doi: 10.1037/a0038155
- De Micheli, D., & Formigoni, M. L. (2000). Screening of drug in a teenage Brazilian sample using the drug use screening inventory (DUSI). *Addictive Behaviors, 25*(5), 683-691. doi: 10.1016/S0306-4603(00)00065-4
- De Micheli, D., & Formigoni, M. L. (2002). Psychometric properties of the Brazilian version of the drug use screening inventory. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26*(10), 1523-1528. doi: 10.1111/j.1530-0277.2002.tb02451.x
- Dembo, R., Winters, K. C., Belenko, S., Karas, L. M., Gullledge, L., & Wareham, J. (2014). Brief Intervention for Truant Youth Sexual Risk Behavior and Marijuana Use. *Journal Child & Adolescent Substance Abuse, 23*(5), 318-333. doi: 10.1080/1067828X.2014.928116
- Duarte, P. C. A. V., Stempliuk, V. A. S., & Barroso, L. P. (2009). Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília, DF: SENAD.
- Doerfler, L. A., Melle, D., McLaughlin, T., & Fisher, W. H. (2016). Do Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) Scores Predict Readmission to an Inpatient Substance Abuse Treatment Program for Adolescents? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, [online]. doi: 10.1080/1067828X.2015.1111822
- Fergusson, D. M. & Boden, J. M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction, 103*, 969-976. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02221.x
- Figlie, N. B. (2004). Motivação para o tratamento do alcoolismo. [Doctoral Thesis]. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil.
- Figlie, N. B., Dunn, J., & Laranjeira, R. (2004). Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(2), 91-99. doi: 10.1590/S1516-44462004000200005
- Grissom, R. J., & Kim, J. J. (2005). *Effect sizes for research: A broad practical approach*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Hall, B. C., Stewart, D. G., Arger, C., Athenour, D. R., & Effinger, J. (2014). Modeling motivation three ways: Effects of MI metrics on treatment outcomes among adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors, 28*(1), 307-312. doi: 10.1037/a0033845
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical Methods for Meta-Analysis*. New York, NY: Academic Press.
- Henrique, I. F. S., Micheli, D., De Lacerda, R. B., De Lacerda, L. A., & Formigoni, M. L. O. S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento

- com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2(50), 199-206.
- Hogue, A., & Liddle, H. A. (2009). Family-based treatment for adolescent substance abuse: Controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy*, 31(2), 126–154. doi: 10.1111/j.1467-6427.2009.00459.x
- Hogue, A., Henderson, C. E., Ozechowski, T. J., & Robbins, M. S. (2014). Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use: Updates and recommendations 2007-2013. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(5), 695-720. doi: 10.1080/15374416.2014.915550
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1, 12-19. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R., & Sheldrick, R. C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 285–299. doi: 10.1037/0022-006X.67.3.285
- King, K. M., Chung, T., & Maisto, S. A. (2009). Adolescents' thoughts about abstinence curb the return of marijuana use during and after treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 554–565. doi: 10.1037/a0015391
- Leon, A. C., Davis, L. L., & Kraemer, H. C. (2011). The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 626-629. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.10.008
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103, 1660–1670. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02274
- Maisto, S. A., Chung, T. A., Cornelius, J. R., & Martin, C. S. (2003). Factor structure of the SOCRATES in a clinical sample of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 98–107. doi: 10.1037/0893-164X.17.2.98
- Maisto, S. A., Krenek, M., Chung, T., Martin, C. S., Clark, D., & Cornelius, J. (2011). A comparison of the concurrent and predictive validity of three measures of readiness to change alcohol use in a clinical sample of adolescents. *Psychological Assessment*, 23, 983–994. doi: 10.1037/a0024136
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd.ed.) New York, NY: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89. doi:10.1037/0893-164X.10.2.81
- National Institute on Drug Abuse. (2014). *Drugs, brains, and behavior: The science of addiction*. Bethesda, MD: NIDA.
- National Institute on Drug Abuse. (2014). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. Bethesda, MD: NIDA.

- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, OEDT. (2016). Estadísticas 2016: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). World Drug Report 2016 United Nations publication. Vienna: United Nations. Retrieved from: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf.
- Robbins, M. S., Feaster, D. J., Horigian, V. E., Rohrbaugh, M., Shoham, V., . . . & Szapocznik, J. (2011). Brief Strategic Family Therapy versus Treatment as Usual: Results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology, 79*(6), 713-727. doi: 10.1037/a0025477
- Sheldrick, R. C., Kendall, P. C., & Heimberg, R. G. (2001). The clinical significance of treatments: A comparison of three treatments for conduct disordered children. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 418-430. doi:10.1093/clipsy.8.4.418
- Sheidow, A. J., & Henggeler, S.W. (2012). Multisystemic therapy with substance using adolescents: A synthesis of the research. In: N. Jainchill (Ed.). *Understanding and Treating Adolescent Substance use Disorders: Assessment, Treatment, Juvenile Justice Responses*. (pp. 9-22). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Silins, E., Horwood, L. J., Patton, G. C., Fergusson, D. M., Olsson, C. A., Hutchinson, D. M., . . . Mattick, R. P. (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *The Lancet Psychiatry, 1*, 286–293. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70307-4.
- Stewart, D. G., Siebert, E. C., Arlt, V. K., Moise-Campbell, C., & Lehinger, E. (2016). Ready or not: Findings from a school-based MI intervention for adolescent substance use. *Journal of substance abuse treatment, 71*, 23-29. doi: 10.1016/j.jsat.2016.08.007
- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J., Patton, G., & Degenhardt, L. (2016). Substance use in young people 3: Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatric, 3*(3), 280-296. doi:10.1016/S2215-0366(16)00002-X
- Substance Abuse Mental Health Service Administration. (2015). *Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health*. Department of Health and Human Services (HHS), U.S.
- Tanner-Smith, E. E., Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 44*(2), 145-158. doi: 10.1016/j.jsat.2012.05.006
- Tarter, R. E., Laird, S. B., Bukstein, O., & Kaminer, Y. (1992). Validation of the Drug Use Screening Inventory: Preliminary findings. *Psychology of Addictive Behaviors, 6*, 233–236. doi: 10.1037/h0080632
- Velasquez, M. M., Crouch, C., Stephens, N. S., & DiClemente, C. C. (2015). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual*. Guilford

Publications.

- Winters, K. C. (2016). Brief interventions for adolescents. *Journal of Drug Abuse*, 2(1).
- Winters, K. C., Botzet, A., Fahnhorst, T., & Leitten, W. (2006). Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use: Manual. Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- Winters, K. C., Fahnhorst, T., Botzet, A., Lee, S., & Lalone, B. (2012). Brief Intervention for Drug Abusing Adolescents in a School Setting: Outcomes and Mediating Factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 279–288. doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.005
- Winters, K. C., Lee, S., Botzet, A., Fahnhorst, T., Nicholson, A. (2014). One-year outcomes and mediators of a brief intervention for drug abusing adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 464-474. doi: 10.1037/a0035041
- Winters, K. C., & Leitten, W. (2001). *Brief intervention manual*. Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- Winters, K. C., & Leitten, W. (2007). Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(2), 249-254. doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.005
- Winters, K. C., Tanner-Smith, E. E., Bresani, E., & Meyers, K. (2014). Current advances in the treatment of adolescent drug use. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 5, 199-210. doi: 10.2147/AHMT.S48053
- World Health Organization ASSIST Working Group. (2002). The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(1), 1183-94. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x

3.1.4 Estudo 4

Factors that modulate drug use behaviors in adolescence: A Case Study

Abstract

The objective of the present case study is to present some factors involved in modulating the behaviors of a drug using adolescent. Therefore, the adolescent' and a family member's level of Self-Efficacy and Hope was assessed, whereas both received a brief intervention for adolescent drug use with parent sessions. The adolescent's drug use and motivation were also investigated. The main results indicate that the adolescent showed less motivation at follow-up concerning Actions towards behavioral change, although his ambivalence and his awareness regarding drug use problems increased. The dyad's Self-Efficacy means lowered at follow-up, however, the adolescent's Hope increased as time passed by. The adolescent lapsed back to tobacco use, albeit presented a structured routine at 14 months after the posttest. Based on the results, it can be inferred that, when considering more positive behaviors during adolescence, its important to improve the adolescent's Self-Efficacy and Hope and that, in order to do so, their caretakers should also be supported.

Keywords: Motivation; Drug abuse in adolescence; Self-efficacy; Hope

Introduction

There are many ways and reasons that influence change (Miller & Rollnick, 2001). To motivate a patient who presents drug use problems is considered a challenge to professionals, and the lack of motivation is an innate part of the process (Miller & Rollnick, 2013). Some of the Motivational Interview's principles propose minimizing this variable's impact, whereas the therapeutic relationship exerts an important influence in the patient's motivation (Rollnick, Miller, & Butler, 2009).

When dealing with the adolescent's motivation to change the drug use behaviors, the challenge is even greater, because, at this stage in life, there are many variables that can hinder the adolescent's motivation for the treatment (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2014). Sustaining abstinence is a way to confirm the patient's adherence to treatment. Adherence can also be verified by the completion of the therapeutic interventions' tasks and the compliance with the sessions and the setting's agreements and rules (Scaduto & Barbieri, 2009).

To ensure a better likelihood that the adolescent will adhere to treatment, some characteristics are essential for the intervention. First, the intervention must be adapted to the adolescent's context, considering the main aspects of this stage in life. It's also important to understand the adolescent, hence identifying his/her main characteristics beyond the drug use. Moreover, when treating adolescents, its essential that the patient's

family participate, since it's intended to improve the communication between the family members and stimulate attitudes that favor abstinence (NIDA, 2014).

As mentioned before, some characteristic traits of adolescence should also be taken into consideration in drug use treatments. The way he copes with adversities and challenges is a fundamental aspect of behavioral change. Self-Efficacy beliefs are intimately connected to one's motivation and performance (Bandura, 2004). Even when aware of the impairments related to substance use, which is an important step towards behavioral change, Self-Efficacy beliefs that one is capable of accomplishing the behavioral change is an essential factor in modifying this detrimental habit (Bandura & Locke, 2003). Additionally, Self-Efficacy beliefs in the family also contribute to a better relationship and engender more monitoring by the parents (Bandura, 2006).

Hope is another important aspect of the drug use in adolescence issue. Having high levels of Hope during adolescence is related to a better development for the adolescent (Esteves, Scoloveno, Mahat, Yarcheski, & Scoloveno, 2013). It is known that the adolescent's Hope level can be mediated by his/her environment and by significant persons at this stage in life (Snyder, Cheavens, & Simpson, 1997). Additionally, Hope, in adolescents, works as a mediator of the parent-children relationship and urges pro-social and positive behaviors in adolescents (Padilha-Walker, Hardy, & Christensen, 2011).

Thus, the objectives of this study were: 1) to assess, longitudinally, factors involved in behavioral change by drug using adolescents who received a brief intervention along with a guardian; 2) to test the drug use, Hope, and Self-Efficacy of the adolescent and his guardian at pretest and follow-up; and 3) to examine the motivation of the adolescent towards changing drug use behaviors at pretest, posttest, and follow-up.

Method

Design

Longitudinal and descriptive case study.

Participants

A male adolescent and his guardian – his older sister – participated in the study. The adolescent was referred to temporary home-care in a Therapeutic Community (TC), which was specific for boys up to 18 years old who presented drug use problems. Most

of the adolescents are referred to this location by court order, for committing a crime, or by the health system, which verifies whether the adolescent needs a different environment to receive treatment. In this case study, the adolescent was brought to treatment by his family.

The adolescent, whom will be referred as P., was receiving, simultaneously to treatment, psychiatric and individual psychological care at the TC. The adolescent was selected for this study for meeting the following criteria: a) presenting drug use problems of mild to moderate severity; b) presenting a good level of writing and reading, determined by his level of education; c) not having any reports of psychotic symptoms in his medical records; and d) presenting a parent/guardian who would attend to the parent sessions.

P. answered the pretest during his first month at the TC. He was 17 years old at the time, studied at a public school and was at the first year of high school. However, when he enrolled at the TC, he had abandoned school and did not have a standardized routine. The adolescent had committed a felony for drug smuggling, and had never been in a treatment for drug use. He is a polydrug user, who presented cocaine use, and his favorite drugs were marijuana and tobacco.

His father is deceased and his mother an elderly – the age disparity between the mother and son engenders many conflicts in the dyad. The older sister attended to the sessions of the study and is the person whom the adolescent trusts the most, albeit, in the moment of admission, the adolescent was aloof with his sister, because she suspected he was using drugs. The mother is an abstinent smoker since her son started treating his drug use. P.'s mother adopted permissive attitudes towards his behaviors, not imposing any rules or routine on him.

Instruments

a) Drug Use Screening Inventory – DUSI (De Micheli & Formigoni, 2000; De Micheli & Formigoni, 2002; Tarter, 1990): The table for frequency of substance use in the last month was employed to screen for drug use, along with 15 “yes” or “no” questions about substance use (craving, tolerance, and abstinence). Next, the Absolute Density of Problems was calculated, whereas the mean for experimental use is 0 to 13%, risky use is 20 to 46.5% and dependence is 53 to 100% (Fidalgo & De Micheli, 2016). The average time to fill the forms is between 3 to 5 minutes. The Cronbach's Alpha is 0.99 for the substance use scale (De Micheli & Formigoni, 2002).

b) Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST (Henrique, Micheli, De Lacerda, De Lacerda, & Formigoni, 2004): The test was employed to screen for alcohol, tobacco, and other substance use in adults. It has 8 questions about drug use frequency, in life and in the last three months, and the association between the individual and 9 classes of psychoactive substances. The score is interpreted by the risk of problems or dependence caused by drug use: low (alcohol: 0 to 10; other substances: 0 to 3), moderate (alcohol: 11 to 26; other substances: 4 to 26), and high (27 or more) (Formigoni, 2016). The reliability of the instrument in the Brazilian context shows a Cronbach's Alpha higher than 0.79 in the drug classes (Henrique et al., 2004).

c) Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale – SOCRATES 8 (Figlie, Dunn, & Laranjeira, 2004; Miller & Tonigan, 1996): The scale composed by 19 affirmatives, scores by a five-point scale, and its application lasts for around three minutes. The scale's sub-factors reliability, in the Brazilian version, is: Ambivalence-Recognition – AmRec ($\alpha = 0.86$) and Action ($\alpha = 0.71$).

d) Dispositional Hope Scale (*Escala de Esperança Disposicional*; Pacico & Bastinello, 2014; Pacico, Zanon, Bastinello, & Hutz, 2011): It contains 12 items (e.g., “I can think of many ways to achieve things that are very important in my life” [*“Eu posso pensar em muitas formas de conseguir as coisas que são muito importantes para minha vida”*, free translation]), scored by a five-point scale.

e) General Self-Efficacy Scale (*Escala de Autoeficácia Geral*; Pacico, Ferraz, & Hutz, 2014): It's composed by 20 items (e.g. “When I make plans, I know I can make them work” [*“Quando faço planos, sei que posso fazer que eles deem certo”*, free translation]) and is scored in a five-point scale, whereas six items are scored reversely (08, 11, 13, 16, 18, and 20). The scale is validated for individuals between 17 and 80 years old. The mean scores for females and males are, respectively, 72.2 ($DP = 11.1$) and 75.9 ($DP = 9.6$). The scale presents a good reliability ($\alpha = 0.89$).

Treatment

a) Brief Intervention for Adolescents and Parents [BI-AP] (Cerutti, Fernandes, Dacroce, & Argimon, in press; Winters, et al., 2006): The brief intervention protocol is designed for adolescents, aged between 12 and 19 years, who use alcohol and/or other drugs. The protocol comprises interventions adapted for adolescents, based in the stages of change theory, the motivational interview, and the cognitive behavioral therapy.

Each session consists of 1h to 1h30, whereas the first three sessions are

employed weekly and the last session occurs a month after the third. The first session occurs with the adolescent, the second with the parents/guardian, the third with the adolescent again, and the fourth with both (parents/guardian + adolescents). The objectives of the adolescent sessions comprehend working their beliefs regarding drug use and alcohol and/or other drug's abstinence, problem solving, and the development of coping skills. In the parent session, the focus is parental attitudes, monitoring, and rules for substance use at home. The session for both parent-adolescent encourages effective communication between the two.

b) Therapeutic Community Treatment: P. received treatment from a multidisciplinary team (personal and group) at a restricted location, designed for male adolescents only. The treatment lasts for 12 months and is divided into three stages: the first stage focuses detoxification; the second focuses psycho-education and motivation; and the third focuses in the adolescent's social reintegration. The treatment at the TC has a religious bias and endeavors driving the adolescent away from the context in which he lived and which exposed him to risks. The development of personal and social skills are encouraged by attributing certain responsibilities to each patient. The TC demands that parents who wish to visit the adolescents participate in at least one event destined to the families of substance users.

Procedures

The adolescent's guardian signed the Consent Form authorizing the enrollment of P. in the study. The adolescent assented his participation by signing the Assent Form. The study followed the ethical instructions and was authorized by the Ethical Committee of the local college (CAAE: 48681015.6.0000.5336).

The interventions received by the adolescent comprised multidisciplinary and psychological health-care. The BI-AP sessions were delivered in group format. The adolescent and his sister participated in all the scheduled meetings.

At pretest, before employing the BI-AP protocol, the adolescent was in the detoxification stage of the TC, thus not presenting licit or illicit substance use, only drugs prescribed by a medic. At this stage, P. reported his substance use and his motivation to change his drug-use behavior. Furthermore, his Self-Efficacy and Hope were assessed. His sister reported her own use of alcohol and/or other drugs and her Self-Efficacy and Hope beliefs.

The adolescent reported his motivation again after the BI-AP and at follow-up.

Because Self-Efficacy and Hope were considered to be significantly stable in the period between pre- and post-test, they were only assessed again 14 months after posttest. The questionnaire addressing substance use was also employed again only at follow-up, because the adolescent was still being treated at the TC at posttest and, therefore, had his access to drugs being monitored. The adolescent's sister also reported about her drug use, Self-Efficacy, and Hope at pretest and after 14 months.

In order to investigate P.'s adherence to treatment six months after the BI-AP, the local psychologist was interviewed about the adolescent's situation in the treatment. After 14 months, P., his mother, and his sister were called by phone to examine the adolescent's situation over one year after posttest.

Results

Drug use, Self-Efficacy, and Hope assessments

Table 1 shows the pretest and follow-up (14 months after the posttest) means of the adolescent' and his guardian's Self-Efficacy, Hope, and severity of drug use variables. At follow-up, P. reported that he had used tobacco in the last month and, as shown by the results, the severity of drug use remains moderate, in which the mean increased since the pretest. The adolescent's Self-Efficacy remains high, although its mean lowered since the first assessment. His Hope remains high and increased at follow-up. Furthermore, the sister's Self-Efficacy and Hope means, in which Self-Efficacy was already low at pretest, reduced further at follow-up. Her Hope mean was high at pretest and went low after 14 months. Her alcohol use and/or other substances presented low risk at both assessments.

Table 1.
Assessments of drug use, Self-Efficacy, and Hope at pretest and follow-up

Clinical Data	Assessments	
	Pretest	Follow-up (14 months)
<i>Severity of drug use^{a,b}</i>		
Adolescent*	40	47
Guardian**	<03	<03
<i>Self-Efficacy^c</i>		
Adolescent	88	80
Guardian	62	54
<i>Hope^d</i>		
Adolescent	37	38
Guardian	32	27

Note. *DUSI; **ASSIST;

^a DUSI Absolute Density; experimental use = 0 to 13%; risky use = 20 to 46.5%; dependence = 53 to 100% (Fidalgo & De Micheli, 2016).

^b ASSIST: Risk: Low (alcohol: 0 to 10; other drugs: 0 to 3); moderate (alcohol: 11 to 26; other drugs: 4 to 26); and high (27 or more) (Formigoni, 2016).

^c Self-Efficacy (Men): $M = 75.9$ ($SD = 9.6$), (Women): $M = 72.2$ ($SD = 11.1$) (Pacico, Ferraz, & Hutz, 2014);

^d Hope (14-36 years old): $M = 31.6$ ($SD = 4.4$) (Pacico & Bastinello, 2014).

Assessments addressing the Motivation to behavioral change

From pretest to follow-up, P. presented a higher mean in the Action score during pretest ($M = 38$), reducing subsequently, as follows: posttest ($M = 32$) and follow-up ($M = 28$). The mean for Ambivalence and Recognition (AmRec) increased in the subsequent assessments: pretest ($M = 36$); posttest ($M = 41$); and follow-up ($M = 50$).

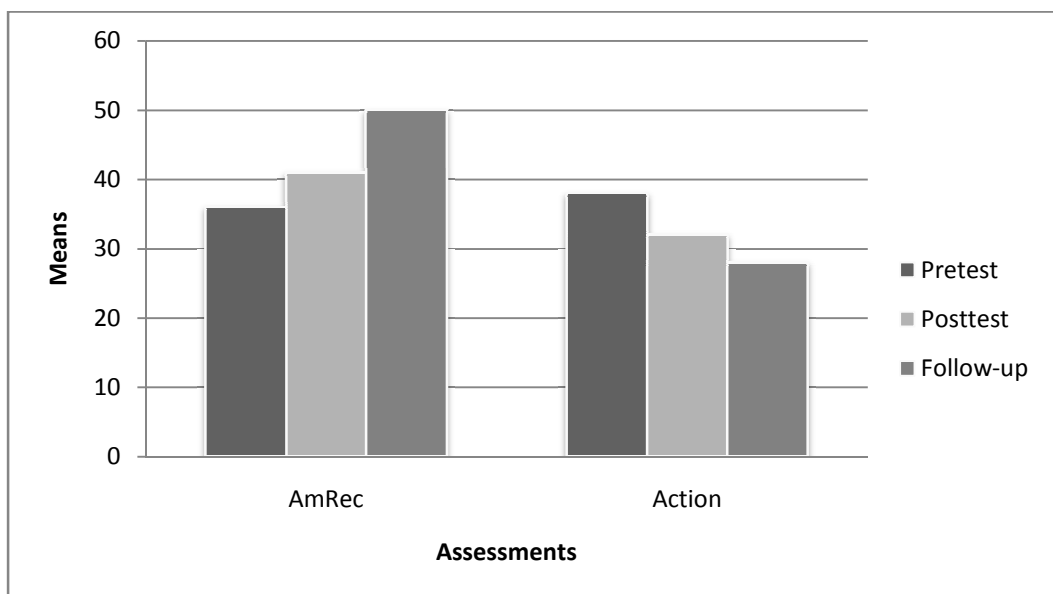


Figure 1. *Assessments addressing the adolescent's motivation*

Adherence to Treatment

Six months after the Brief Intervention, P. was abstinent and had received medical discharge. Fourteen months after the posttest, the adolescent was studying and working in reverse shifts. However, he did not receive any clinical care since he finished his treatment at the TC. According to the results, P. and his family did not continue attending the treatment at CAPS-AD and the adolescent did not maintain his abstinence to any non-prescribed drug, including alcohol and tobacco, as indicated by his discharge in the TC. The adolescent reports that, in order to avoid some risky behaviors he had before being admitted in the TC, he is trying to “keep his mind occupied” (SIC), heading home after work “low on energy” (SIC). Likewise, he reports finding new companions and getting closer to his family.

Discussion and Conclusion

The main objective of the study was to discuss, by examining a case, factors that modulate behavioral change in drug-using adolescents. Therefore, the importance of this study lies in assessing longitudinally an adolescent and its guardian. Both received a brief intervention with parent sessions to treat alcohol and/or other drug use in adolescents. Literature has presented positive results regarding family based treatments (Szapocznik & Williams, 2000; Hogue & Liddle, 2009). Additionally, the fact that it's a brief intervention adapted for adolescents (Winters, Leitten, Wagner, & Tevyaw, 2007) also highlights the importance of this study.

Results regarding the motivation to change drug-use behaviors indicate that P. increased his awareness about his problematic drug use and his need to do something about it. Furthermore, the participant started pondering more about this problem, as indicated by his high scores at the AmRec sub-scale. The reduction in the Action sub-scale might indicate that his attitude towards behavioral change diminished when he lapsed back to tobacco use, and, therefore, presented an increase in the severity of drug use mean (Miller & Tonigan, 1996).

P. had risk behaviors, such as drug smuggling, and is currently studying and officially working. The risk reduction is an important progress in P.'s treatment, since the Brief Intervention focuses mostly in reducing the risks associated with drug use during adolescence. Additionally, the treatment has a limited number of sessions and addresses, specifically, adolescents (Winters et al., 2006).

P. presented high levels of Self-Efficacy and Hope during both assessments. Data shows a reduction in the Self-Efficacy mean and an increase in the Hope mean as time passed by. The higher perception of Self-Efficacy is associated with a higher motivation, which engenders behavioral change (Bandura, 2004). Hence, this reduction in the mean might be related to the tobacco relapse. Hope might be related to the improvement in the adolescent's life status. The reduction of some risks that P. presented before the treatment might be associated with his enhanced Hope perception, since the latter is related with problem prevention in adolescence development (Esteves et al., 2013).

The difficulty in abstaining from tobacco by P. might also be involved with his mother's tobacco use. It is known that adolescents whose parents use tobacco have an increased chance of using tobacco and difficulties abstaining from it (Virtanen et al.,

2009). Additionally, the fact that P. lapsed back to tobacco use indicates the need of reinstating the treatment (NIDA, 2014).

P.'s sister, who attended to the BI-AP meetings, was also assessed on her Self-Efficacy and Hope beliefs at pretest and follow-up. The parent/guardian meetings focused in lecturing these caretakers about coping with the adolescent's drug use more effectively. It is possible to observe that the sister's Self-Efficacy was below average, although her Hope level was high at the pretest. The Self-Efficacy's low mean repeated the adolescent's pattern, which suggests that this belief might be acquired in the family context (Bandura, 2006). Conversely, the sister presented lower means in both aspects at follow-up. The below average levels of Self-Efficacy and Hope at follow-up suggest that the guardian needs aid in supporting the adolescent, since a high level in both beliefs in the family engenders positive outcomes during adolescence (Bandura, 2006; Snyder, Cheavens, & Sympson, 1997).

The low Self-Efficacy belief is associated with the permissiveness presented by P.'s caretakers. The low Self-Efficacy belief presented by the sister might have hindered her determination in intervening P.'s risk behaviors, which he presented before the treatment. Moreover, the adolescent demonstrated a low Self-Efficacy mean one year after finishing the treatment at the TC, which might indicate that the clinical care helped him perceive himself as more capable of self-improving and the lack of treatment would weaken this perception. The development of Self-Efficacy beliefs during adolescence is modulated by external factors (Bandura, 2006).

The case study design can be considered a limitation of this study, since it does not allow generalizing the data collected to a general population. However, its important to highlight that individual case studies can help understand some clinical phenomena in more details (American Psychological Association, 2006). In this study, it was possible to discuss more thoroughly the motivation and adherence of the adolescent to the treatment and the way he sustained his abstinence during this stage in the cycle of life.

It is concluded that the treatment received by P. allowed an improvement to his initial state regarding risk behaviors related to the use of illicit drugs. Its important to highlight that P.'s levels of Hope might have also contributed to the clinical improvement. However, after over one year and without clinical care to help preserving his abstinence, the adolescent lapsed back to tobacco use and presented a reduction in his Self-Efficacy belief mean. The low means presented by P.'s sister, who received a brief intervention, suggest the need of more support to the families of drug-using

adolescents.

Acknowledgements

This research was supported by the *National Council for the Improvement of Higher Education (CAPES)*. Special acknowledgements to Ken Winters, P.h.D., for the protocol use permission.

References

- American Psychological Association, APA. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi: 0.1037/0003-066X.61.4.271
- Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agentic perspective. In: T. Urdan & F. Pajares. (Orgs.). *Self-Efficacy beliefs of adolescents*. (pp. 1-43). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31 (2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Bandura, A., & Locke, E. A.(2003). Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87–99. doi: 10.1037/0021-9010.88.1.87
- Cerutti, F., da Rocha, B. F., Dacroce, L. R. B, & Argimon, I. I. de L. (in press). Adaptação brasileira do manual Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use. *Revista de Avaliação Psicológica – IBAP*.
- De Micheli, D.& Formigoni, M. L. (2000). Screening of drug in a teenage Brazilian sample using the drug use screening inventory (DUSI). *Addictive Behaviors*, 25(5), 683-691.
- De Micheli, D.& Formigoni, M. L. (2002). Psychometric properties of the Brazilian version of the drug use screening inventory. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(10), 1523-1528.
- Esteves, M., Scoloveno, R. L., Mahat, G., Yarcheski, A., & Scoloveno, M. A. (2013). An integrative review of adolescent hope. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2), 105–113.
- Fidalgo, T. M., & De Micheli, D. (2016). Drug Use Screening Inventory (DUSI). In: C. Gorenstein, Y. Wang, & I. Hungerbühler. *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. (pp. 234-242) Porto Alegre, RS: Artmed.
- Figlie, N. B., Dunn, J., & Laranjeira, R. (2004). Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 91-99.
- Formigoni, M. L. O. S. (2016). Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST). In: C. Gorenstein, Y. Wang, & I. Hungerbühler.

- Instrumentos de avaliação em saúde mental.* (pp. 209-217). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Henrique, I. F. S., Micheli, D., De Lacerda, R. B., De Lacerda, L. A., & Formigoni, M. L. O. S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, (50) 2, 199-206.
- Hogue, A., & Liddle, H. A. (2009). Family-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy*, 31, 126–154. doi: 10.1111/j.1467-6427.2009.00459.x
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd.ed.) New York, NY: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* 10, 81-89.
- National Institute on Drug Abuse, NIDA. (2014). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. Bethesda, MD: NIDA.
- Pacico, J. C., & Bastianello, M. R. (2014). Instrumentos para avaliação da esperança: Escala de Esperança Disposicional e Escala de Esperança Cognitiva. In: C. S. Hutz. (Org.). *Avaliação em psicologia positiva*.(pp. 111-120). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pacico, J. C., Ferraz, S. B., & Hutz, C. S. (2014). Autoeficácia: *Yes we can!*. In: C. S. Hutz. (Org.). *Avaliação em psicologia positiva*.(pp. 111-120). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pacico, J. C., Zanon, C., Bastianello, M. R., & Hutz, C. S. (2011). Adaptation and validation of The Hope Index for Brazilian Adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 666-70.
- Padilla-Walker, L. M., Hardy, S. A., & Christensen, K. J. (2011). Adolescent Hope as a Mediator Between Parent-Child Connectedness and Adolescent Outcomes. *Journal of Early Adolescence*, 31(6), 853–879. doi: 10.1177/0272431610376249
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde: Ajudando pacientes a mudar o comportamento*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Scaduto, A. A., & Barbieri, V. (2009). O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 605-614.
- Snyder, C. R., Cheavens, J., & Sympson, S. C. (1997). Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 107.
- Szapocznik, J., & Williams, R. A. (2000). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(2), 117-134. doi: 10.1096-4037/00/0600-0117\$18.00/0

- Tarter, R. (1990). Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: A decision tree method. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 16*, 1-46.
- Virtanen, M., Pietikäinen, M., Kivimäki, M., Luopa, P., Jokela, J., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2009). Contribution of parental and school personnel smoking to health risk behaviours among Finnish adolescents. *BMC Public Health, 9*, 382-390. doi: 10.1186/1471-2458-9-382.
- Winters, K. C., Botzet, A., Fahnhorst, T., & Leitten, W. (2006). Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use: Manual. Center for Adolescent Substance Abuse Research, University of Minnesota.
- Winters, K. C., Fahnhorst, T., Botzet, A., Lee, S., & Lalone, B. (2012). Brief Intervention for Drug Abusing Adolescents in a School Setting: Outcomes and Mediating Factors. *Journal of Substance Abuse Treatment, 42*(3), 279-288. doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.005
- Winters, K. C., Leitten, W., Wagner, E., Tevyaw, T. O. (2007). Use of brief interventions for drug abusing teenagers within a middle and high school setting. *Journal of School Health, 77*, 196-206.
- Winters, K. C., Tanner-Smith, E. E., Bresani, E., & Meyers, K. (2014). Current advances in the treatment of adolescent drug use. *Adolescent health, medicine and therapeutics, 5*, 199-210.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

A presente Tese de Doutorado apresentou uma IB para adolescentes e pais, voltada para o tratamento do uso de drogas na adolescência. Da mesma forma, abordou o processo de tradução e adaptação do respectivo protocolo e estudos referentes à sua aplicação. Bem como, discutiu a respeito de alguns fatores envolvidos no tratamento de adolescentes usuários de drogas. Diante disso, variáveis apontadas pela literatura puderam ser discutidas e melhor observadas.

Primeiramente, é importante ressaltar que o entendimento do adolescente envolvido com drogas deve abarcar várias questões, tanto de ordem pessoal, quanto social, pois a problemática do uso de drogas na adolescência sofre influência de muitos aspectos e traz implicações para vários âmbitos da vida do jovem (Schein & Prati, 2014). Além disso, tal temática, mesmo que já muito discutida, nunca deve ser deixada de lado, uma vez que, qualquer tipo de uso por uma criança ou adolescente, de drogas lícitas ou ilícitas, deve ser prioridade no tratamento; pois todas são proibidas para esse público e trazem prejuízos graves em seu desenvolvimento (Brasil, 1990).

Com isso, vale destacar algumas características dos adolescentes que participaram dos estudos da Tese e que podem estar associadas ao envolvimento dos mesmos com as drogas. O grau de escolaridade e o alto percentual de atos infracionais cometidos pelos jovens, todos do sexo masculino, são características que divergem muito dos participantes do estudo original (Winters et al., 2012). Entende-se por ato infracional, uma conduta realizada pelo menor de idade que pode ser enquadrada como crime ou contravenção penal (Brasil, 1990). O uso de drogas, associado aos atos infracionais e a baixa escolaridade em um percentual maior de pessoas do sexo masculino, foram descritos como perfil de adolescentes brasileiros em privação de liberdade junto a unidades de internação (Ministério da Saúde, 2005). O que sugere ser um importante fator de risco para o desenvolvimento dos adolescentes na realidade brasileira (Niquice, 2014).

Outro ponto que foi discutido nos estudos da Tese, trata-se da Motivação do adolescente para o tratamento e para a mudança do seu comportamento de uso de drogas. Sobre esse enfoque, a falta de Motivação do adolescente foi considerada inerente ao tratamento realizado nessa Tese, sendo esse um foco e um desafio do profissional que trabalha com o público adolescente e com a problemática das drogas (Miller & Rollnick, 2001).

Os resultados no pré e pós-teste sobre a Motivação dos adolescentes para mudança de comportamento do uso de drogas apontam que os participantes, de modo geral, já apresentavam uma pontuação alta para motivação no pré-teste. Isso talvez se deva pelo fato de que os mesmos estavam em tratamento no momento da avaliação e, por isso, fazendo algo em relação ao seu uso de drogas. Importante retomar que no pós-teste, aqueles adolescentes que não receberam a IB se apresentaram menos motivados. Ao mesmo tempo, pode-se perceber que nesse grupo estavam aqueles com mais tempo na comunidade terapêutica e, portanto, mais próximos de finalizar o tratamento. As interpretações sobre esses dados levam a uma possível dificuldade desses adolescentes em retomar suas vidas após o término do acompanhamento do local, que dispõe de um ambiente mais seguro e estruturado do que a realidade externa (Fracasso, 2011).

Por ter sido utilizada uma IB que prevê a participação dos pais/cuidadores, essa Tese traz um grande enfoque para esses personagens no tratamento do adolescente. Tendo em vista os resultados apresentados, pode-se concluir que a participação dos pais/cuidadores no processo é um fator de proteção para o uso nocivo e para um melhor prognóstico no tratamento do adolescente. Porém, é importante ressaltar que, igualmente, foi visto que os pais/responsáveis podem exercer um papel de complicadores desse processo, uma vez que, também puderam ser evidenciados os fatores de risco no ambiente familiar do adolescente (Cerutti, Ramos, & Argimon, 2015). Esse último aspecto reforça ainda mais a necessidade de se trabalhar com esses cuidadores e instrumentalizá-los quanto ao seu papel fundamental para um bom desenvolvimento do adolescente (Valente, Cogo-Moreira, & Sanchez, 2017).

Em se tratando das limitações dos estudos da Tese, se faz importante ressaltar a não realização da distribuição aleatorizada nos grupos. Tal procedimento diminui a tendenciosidade na distribuição da amostra (Hulley et al., 2003). Nos estudos da Tese, os participantes foram escolhidos por conveniência, e já que ficou como critério para determinação de quem iria receber a IB a presença dos pais/responsáveis, pode-se inferir que aqueles que participaram já apresentariam atitudes mais positivas em relação ao cuidado com o adolescente.

Outro ponto a ser discutido é a aplicabilidade das intervenções com os pais/responsáveis no tratamento dos adolescentes, já que os jovens estavam diariamente longe do convívio dos familiares. Sabe-se que não é a mesma configuração de que se estivessem em suas casas, porém como a intervenção previa um mês de intervalo entre a

terceira e última sessão, os familiares tiveram pelo menos dois encontros de domingo com os adolescentes para retomarem alguns pontos trabalhados no encontro.

Uma terceira limitação do estudo foi a utilização de um instrumento de medida que não apresentava parâmetros para o uso com adolescentes na versão brasileira, a SOCRATES. Para tanto, nessa Tese estão apresentados resultados preliminares a respeito da aplicação dessa escala na população de 14 a 18 anos, que indicam uma boa confiabilidade. Almeja-se como um desdobramento dos estudos da Tese a adaptação da SOCRATES para a população adolescente e para o uso de drogas.

O tamanho da amostra também é uma limitação dos estudos da Tese. Sabe-se que a IB utilizada já tinha apresentado evidências de efetividade na aplicação do protocolo original em um número grande de participantes (Winters et al., 2012), o que demanda estudos posteriores com a mesma robustez de delineamento. Porém, como esta intervenção foi adaptada e aplicada em uma população clínica com sintomas mais severos e com mais dificuldades cognitivas que a amostra norteamericana e, além disso, em um formato grupal, pesquisas com dados preliminares e com amostras mais reduzidas podem ser mais adequadas, uma vez que, se trata de um primeiro teste do protocolo em uma nova versão (Hohendorff, De Freitas, Salvador-Silva, & Habigzang, 2014).

Embora apresentadas às limitações dos estudos, essa Tese traz importantes contribuições clínicas para o tratamento de adolescentes brasileiros envolvidos com drogas. Somado a isso, a IB passou por uma adaptação com cuidado metodológico, conforme preconizado para estudos com intervenções em psicologia (American Psychological Association, [APA], 2002; 2006). Ademais, os estudos da Tese possibilitam a disponibilização de um protocolo adaptado a uma população específica que necessita de intervenções adequadas para seu momento de vida (APA, 2005). A participação dos pais em um protocolo de tratamento de adolescentes, também é outro ponto forte indicado pela literatura e que traz benefícios aos adolescentes (Liddle, 2004). Além disso, por se tratar de uma IB adaptada para a realidade de muitos adolescentes brasileiros, esta pode ser aplicada na saúde pública, tendo em vista seu baixo custo e objetividade (De Micheli, Formigoni, & Carneiro, 2014), possibilitando tratamento a um número maior de pessoas.

REFERÊNCIAS DA TESE

- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29(2), 339-355. doi: 10.1016/S0005-7894(98)80012-9
- American Psychological Association, APA. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052-59. doi: 0.1037//0003-066X.57.12.1052
- American Psychological Association, APA. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi: 0.1037/0003-066X.61.4.271
- American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice for Children and Adolescents, APA. (2008). Disseminating evidence-based practice for children and adolescents: A systems approach to enhancing care. Washington, DC: American Psychological Association. Recuperado de: <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/children-report.pdf>
- Amodei, N., Lamb, R. J. (2004). Convergent and concurrent validity of the Contemplation Ladder and URICA scales. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 301-306. doi:10.1016/j.drugalcdep.2003.11.005
- Araujo, R. B. (2011). Terapia cognitivo-comportamental no tratamento de adolescents dependentes de substâncias psicoativas. In: C. S. Petersen, & R. Wainer. (Orgs.). *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: Ciência e arte*. (pp. 312-338). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agentic perspective. In F. Pajares, & T. Urdan. (Eds.). *Self-efficacy Beliefs of Adolescents*. Greenwich, Connecticut, USA: Information Age Publishing.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31 (2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of Affective Self-Regulatory Efficacy in Diverse Spheres of Psychosocial Functioning. *Child Development*, 74(3), 769-782. doi: 10.1111/1467-8624.00567
- Benchaya, M. C., Bisch, N. K., Moreira, T. C., Ferigolo, M., Barros, H. M. T. (2011). Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: A percepção dos filhos adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 87(3), 238-244 doi:10.2223/JPED.2089
- Bertrand, K., Richer, I., Brunelle, N., Beaudoin, I., Lemieux, A., & Jean-Marc Ménard, J. M. (2013). Substance Abuse Treatment for Adolescents: How are Family Factors Related to Substance Use Change? *Journal of Psychoactive Drugs*, 45 (1), 28-38. doi: 10.1080/02791072.2013.763560

- Bessa, M. A., Boarati, M. A., & Scivoletto, S. (2011). Crianças e adolescentes. Em A. Diehl (Cols.). *Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 359-374). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Biener, L., & Abrams, D. B. (1991). The Contemplation Ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology, 10* (5), 360-5. doi: 10.1037/0278-6133.10.5.360
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Recuperado de: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
- Breda, C. & Heflinger, C.A. (2004). Predicting incentives to change among adolescents with substance abuse disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*(2), 251–267. doi: 10.1081/ADA-120037377
- Carvajal, S. C., Clair, S. D., Nash, S. G., & Evans, R. I. (1998). Relating optimism, hope, and self-esteem to social influences in deterring substance use in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 17*, 443–465. doi: 10.1521/jscp.1998.17.4.443
- Cerutti, F., & Argimon, I. I. L. (2015). Relacionamento pais e filhos e as implicações no uso de substâncias psicoativas: Uma revisão sistemática. *Perspectivas em Psicologia, 12* (1), 57-65. (doi não encontrado).
- Cerutti, F., Ramos, S. P. & Argimon, I. I. L. (2015). A implicação das atitudes parentais no uso de drogas na adolescência. *Acta Colombiana de Psicología, 18* (2), 73-181. doi: 10.14718/ACP.2015.18.2.15.
- Chakroun, N., Doron, J., Swendsen, J. (2004). Substance use, affective problems and personality traits: Test of two association models. *Encephale, 30*(6), 564-569. doi: ENC-12-2004-30-6-0013-7006-101019-ART8
- Chilcoat, H. D. & Anthony, J. C. (1996). Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(1), 91-100. doi: 10.1097/00004583-199601000-00017
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry, 50*, 975-990. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
- Cloninger, C. R., & Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders, 128*, 24–32. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.012
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, F. T., Teixeira, M. A. P., & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e Exigência: Duas Escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 13*(3), 465-473. (doi não encontrado)
- De Micheli, D. & Formigoni, M. L. (2000). Screening of drug in a teenage Brazilian sample using the drug use screening inventory (DUSI). *Addictive Behaviors, 25*(5), 683-691. doi: 10.1016/S0306-4603(00)00065-4

- De Micheli, D. & Formigoni, M. L. (2002). Psychometric properties of the Brazilian version of the drug use screening inventory. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(10), 1523-1528. doi: 10.1111/j.1530-0277.2002.tb02451.x
- De Micheli, D., Formigoni, M. L. O. S., & Carneiro, A. P. L. (2014). Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo. In: SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento (Coord.). *Intervenção Breve: módulo 4*. (7ª ed.). Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Di Clemente, C. C. (2017). O modelo transteórico: Implicações para a clínica e para a saúde pública. In: M. S. Oliveira et al. (Orgs.). *Porque é tão difícil mudar? Contribuições do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento na Prática Clínica e na Promoção de Saúde*. (pp. 23-32). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Doerfler, L. A., Melle, D., McLaughlin, T., & Fisher, W. H. (2016). Do Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) Scores Predict Readmission to an Inpatient Substance Abuse Treatment Program for Adolescents? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, [online]. doi: 10.1080/1067828X.2015.1111822
- Fergusson, D. M. & Boden, J. M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, 103, 969–976. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02221.x
- Figlie, N. B., Dunn, J., & Laranjeira, R. (2004). Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 91-99. doi: 10.1590/S1516-44462004000200005
- Fracasso, L. (2011). Comunidades terapêuticas. In: A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira. (Orgs.). *Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas*. (pp. 62-69). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Garner, B. R., Godley, S. H., Funk, R. R., Dennis, M. L., Smith, J. E., & Godley, M. D. (2009). Exposure to Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) treatment procedures as a mediator of the relationship between adolescent substance abuse treatment retention and outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(3), 252-264. doi:10.1016/j.sat.2008.06.007
- Gonçalves, M. & Cloninger, M. C. R. (2010). Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory — Revised (TCI-R). *Journal of Affective Disorders*, 124, 126–133. doi:10.1016/j.jad.2009.11.007
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical Methods for Meta-Analysis*. New York, NY: Academic Press.
- Henrique, I. F. S., Micheli, D., De Lacerda, R. B., De Lacerda, L. A., & Formigoni, M. L. O. S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, (50) 2, 199-206. (doi não encontrado).
- Hohendorff, J. V., De Freitas, C. P. P., Salvador-Silva, R., & Habigzang, L. F. (2014). Psicoterapia baseada em evidências para adolescentes no contexto da América latina. In: L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller. (Orgs.). *Trabalhando com adolescentes:*

Teoria e intervenção psicológica. (pp. 251-269). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D., Hearst, N., & Newman, T. B. (2003). *Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica.* (2ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kaminer, Y., & Szobot, C. (2012). O tratamento de adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas. In: L. Pinsky, & M. A. Bessa. (Orgs.). *Adolescência e drogas.* (pp. 164-178). São Paulo, SP: Contexto.
- Kaynak, Ö., Winters, K. C., Cacciola, J., Kirby, K. C., & Arria, A. M. (2014). Providing alcohol for underage youth: What messages we be sending parents? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(4), 590-605. doi: 10.15288/jsad.2014.75.590
- Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R., & Sheldrick, R. C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 285–299. doi: 10.1037/0022-006X.67.3.285
- King, K. M., Chung, T., & Maisto, S. A. (2009). Adolescents' thoughts about abstinence curb the return of marijuana use during and after treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 554–565. doi: 10.1037/a0015391
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62(5), 1049-65. doi: 10.1111/j.1467-8624.1991.tb01588.x
- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*, 99(2), 76-92. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00856.x.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103, 1660–1670. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x
- Litt, M. D., Kadden, R. M., & Petry, N. M. (2013). Behavioral treatment for marijuana dependence: Randomized trial of contingency management and self-efficacy enhancement. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1764-75. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.08.011
- Lundgren D. J., Danoff-Burg S., & Anderson D. A. (2004). Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: an empirical analysis of clinical significance. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 262-274.
- Maddux, J. E., & Kleiman, E. M. (2016). Self-efficacy: A foundational concept for positive clinical psychology. In A. M. Wood, & J. Johnson. (Eds.). *The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology.* Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell.
- Maisto, S. A., Chung, T. A., Cornelius, J. R., & Martin, C. S. (2003). Factor structure of the SOCRATES in a clinical sample of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 98–107. doi: 10.1037/0893-164X.17.2.98
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção da Recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos.* Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

- McCabe, S. E., West, B. T., Morales, M., Cranford, J. A., & Boyd, C. J. (2007). Does early onset of non-medical use of prescription drugs predict subsequent prescription drug abuse and dependence? Results from a national study. *Addiction, 102*(12), 1920–1930. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02015.x
- Miller, W. R., Hedrick, K. E., & Orlofsky, D. R. (1991). The Helpful Responses Questionnaire: A procedure for measuring therapeutic empathy. *Journal of Clinical Psychology, 47*(3), 444-448. doi: 10.1002/1097-4679(199105)47:3<444::AID-JCLP2270470320>3.0.CO;2-U.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing Drinkers' Motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychiatry Addictive Behavior, 10*(2), 81-9. doi:10.1037/0893-164X.10.2.81
- Ministério da Saúde. (2005). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/impacto_violencia.pdf
- Moraes, A. A. (2016). *Medidas de esperança, religiosidade, personalidade e uso de drogas em adolescentes*. (Dissertação de Mestrado). Retirado de: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/7447>.
- Müller S. E., Weijers, H. G., Böning, J., Wiesbeck, G. A. (2008). Personality traits predict treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Neuropsychobiology, 57*(4), 159-64. doi: 10.1159/000147469
- National Institute on Drug Abuse, NIDA. (2003). Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders. (2^a ed.). Bethesda, MD: NIDA.
- National Institute on Drug Abuse, NIDA. (2014). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. Bethesda, MD: NIDA.
- Niquice, F. L. A. (2014). Comportamentos de risco na adolescência. In: L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller. (Orgs.). *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. (pp. 42-53). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Oliveira, M. S., & Argimon, I. I. L. (2015). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes e dependência química. In: C. B. Neufeld. (Org.). *cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes*. (pp. 189-199). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pacico, J. C., Ferraz, S. B., & Hutz, C. S. (2014). Autoeficácia: *Yes we can!*. In: C. S. Hutz. (Org.). *Avaliação em psicologia positiva*. (pp. 111-120). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pacico, J. C., & Bastianello, M. R. (2014). Instrumentos para avaliação da esperança: Escala de Esperança Disposicional e Escala de Esperança Cognitiva. In: C. S. Hutz. (Org.). *Avaliação em psicologia positiva*. (pp. 111-120). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pacico, J. C., Zanon, C., Bastianello, M. R., & Hutz, C. S. (2011). Adaptation and validation of The Hope Index for Brazilian Adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 24*(4), 666-70. doi: 10.1590/S0102-79722011000400006

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, *47*, 1102-1114. doi: 10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Robbins, M. S., Feaster, D. J., Horigian, V. E., Rohrbaugh, M., Shoham, V., Bachrach, K., . . . Szapocznik, J. (2011). Brief Strategic Family Therapy Versus Treatment as Usual: Results of a Multisite Randomized Trial for Substance Using Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(6), 713–727. doi: 10.1037/a0025477
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde: Ajudando pacientes a mudar o comportamento*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Sartes, L. M. A., Cruvinel, E., & Ferreira, M. L. (2016). How Do Interventions and Brief Psychotherapies Work? Evaluating the Change Processes in Drug User's Interventions. In: A. Andrade, & D. De Micheli (Eds.). *Innovations in the Treatment of Substance Addiction*. (pp. 129-150). Switzerland: Springer, Cham. doi: 10.1007/978-3-319-43172-7_8
- Schein, S., & Prati, L. E. (2014). Propostas terapêuticas para adolescents usuários de substâncias psicoativas. In: L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller. (Orgs.). (pp. 270-292). *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Silins, E., Horwood, L. J., Patton, G. C., Fergusson, D. M., Olsson, C. A., Hutchinson, D. M., . . . Mattick, R. P. (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *Lancet Psychiatry*, *1*, 286–293. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70307-4
- Sheldrick, R. C., Kendall, P. C., & Heimberg, R. G. (2001). The clinical significance of treatments: A comparison of three treatments for conduct disorder children. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*, 418-430. doi:10.1093/clipsy.8.4.418
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., . . . & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, *6*, 570-585. doi: 10.1037/0022-3514.60.4.570
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA. (2014). *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Tarter, R. (1990). Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: A decision tree method. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *16*, 1-46. doi: 10.3109/00952999009001570
- Teixeira, M. A. P., Bardagi, M. P., & Gomes, W. B. (2004). Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. *Avaliação Psicológica*, *3*(1), 1-12. (doi não encontrado).
- Terra, M. B., Silveira, D. X., Moreira, T. C., Ferigolo, M., Mazoni, C., Arena, F. X., & Barros, H. M. T. (2009). Convergent validation study of the Contemplation Ladder for application via telephone in tobacco users. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *58*(3), 143-149. doi.org/10.1590/S0047-20852009000300001

- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC. (2016). *World Drug Report 2016*. Vienna: United Nations publication.
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC. (2017). *World Drug Report 2017*. Vienna: United Nations publication.
- Valente, J. Y., Cogo-Moreira, H., & Sanchez, Z. M. (2017). Gradient of association between parenting styles and patterns of drug use in adolescence: A latent class analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 180*(1), 272-278. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.08.015.
- Wadolowski, M., Hutchinson, D., Bruno, R., Aiken, A., Najman, J. M., Kypri, K., . . . , & Mattick, R. P. (2016). Parents who supply sips of alcohol in early adolescence: A prospective study of risk factors. *Pediatrics, 137*(3), 2015-2611. doi: 10.1542/peds.2015-2611
- Wilson, N., Syme, S. L., Boyce, W. T., Battistich, V.A., & Selvin, S. (2005). Adolescent alcohol, tobacco, and marijuana use: The influence of neighborhood disorder and hope. *Substance Abuse, 20*, 11–19. doi: 10.4278/0890-1171-20.1.11
- Winters, K. C. (2008). *Adolescent brain development and drug abuse*. USA: The Mentor Foundation.
- Winters, K. C., Botzet, A., Fahnhorst, T., & Leitten, W. (2006). *Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use: Manual*. Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- Winters, K. C., Fahnhorst, T., Botzet, A., Lee, S., & Lalone, B. (2012). Brief Intervention for Drug Abusing Adolescents in a School Setting: Outcomes and Mediating Factors. *Journal of Substance Abuse Treatment, 42*(3), 279–288. doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.005
- Winters, K. C., Leitten, W., Wagner, E., Tevyaw, T. O. (2007). Use of brief interventions for drug abusing teenagers within a middle and high school setting. *Journal of School Health, 77*, 196-206. doi: 10.1111/j.1746-1561.2007.00191.x
- Winters, K. C., Tanner-Smith, E. E., Bresani, E., & Meyers, K. (2014). Current advances in the treatment of adolescent drug use. *Adolescent health, medicine and therapeutics, 5*, 199-210. doi: 10.2147/AHMT.S48053
- World Health Organization ASSIST Working Group. (2002). The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction, 97*, 1183-94. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x
- Zaaijera, E. R., Bruijela, J. Blanken, P., Hendriks, V., Koetera, M. W. J., Kreeke, M. J., . . . & van den Brink, W. (2014). Personality as a risk factor for illicit opioid use and a protective factor for illicit opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 145*, 101–105. doi: org/10.1016/j.drugalcdep.2014.09.783
- Zullig, K. J., & Valois, R. F. (2017). Perceptions of Harm From Substance Use and Social Self-Efficacy Among Early Adolescents. *Journal of Drug Education, 46*(3-4), 96-112. doi: 10.1177/0047237917735043

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEL)

Estamos convidando o Sr.(a) e seu filho(a) a participar de uma pesquisa que objetiva levantar dados a respeito de como auxiliar adolescentes e pais a lidarem preventivamente com os prejuízos do uso de álcool e drogas na adolescência. Esta pesquisa intitulada "**Intervenção Breve para prevenção do uso de álcool e drogas na adolescência: parentalidade e personalidade**" será desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, sob responsabilidade da doutoranda Fernanda Cerutti e da profª orientadora Drª Irani Iracema de Lima Argimon.

Para tanto, convidamos seu filho(a) para comparecer a quatro (4) encontros previamente agendados por nós, as pesquisadoras. O primeiro será para ele(a) preencher alguns questionários sobre como se enxerga na adolescência e como está sua relação com o álcool e as drogas. Nos três seguintes ele(a) será acompanhado(a) por uma psicóloga e receberá auxílio e orientações a respeito de como pensar sobre si sem o uso de álcool e drogas. Cada encontro durará em torno de 60 minutos, será em grupo, e não comprometerá as atividades regulares do mesmo. No último encontro ele(a) estará acompanhado de seus responsáveis, e prevê trabalhar, em grupo, o relacionamento e a comunicação entre pais-filhos.

Da mesma forma, solicitamos a participação dos responsáveis em dois encontros, além deste em que você responderá a alguns questionários sobre seu/sua filho(a) e sobre si mesmo. O segundo encontro será em grupo com outros pais, conduzido por uma psicóloga e tem o objetivo de discutir sobre como lidar com o envolvimento dos adolescentes com álcool e drogas. O terceiro encontro também em grupo, será realizado juntamente com seu filho(a). Caso, na avaliação, se verifique que seu filho(a) necessite de outro tipo de tratamento, você receberá um retorno e sugestão de encaminhamento para ajuda no segundo encontro.

A sua participação e a de seu/sua filho(a) nesse estudo é voluntária, e se ambos não estiverem de acordo, ou desistirem de continuar em qualquer momento, têm absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, a identidade, os dados e informações dos participantes serão mantidos no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-los. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente estarão contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela(s) pesquisador(as) pelo fone (51) 3320 3633, ramal 4986 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone 3320 3345, e-mail: cep@pucrs.br ou pelo endereço: Av. Ipiranga 6681, Prédio 40 - Sala 505, Porto Alegre /RS, de segunda a sexta-feira, das 8h30min às 12h e das 13h30min às 17h.

Atenciosamente,

Fernanda Cerutti

Doutoranda Fernanda Cerutti
CRP 07/17711
Matrícula PUCRS 14191079-4

Irani de Lima Argimon

Profª Drª Irani I. de L. Argimon
CRP 07/01211
Matrícula PUCRS 030554

Eu, _____, **CONSINTO** que meu filho participe deste estudo e **ACEITO** participar deste estudo. **DECLARO** ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Assinatura do Responsável

Local e data

APÊNDICE B – Termo de assentimento

TERMO DE ASSENTIMENTO (ADOLESCENTE)

Estamos convidando você e seu responsável para participar de uma pesquisa que objetiva levantar dados a respeito de como auxiliar adolescentes e pais a lidarem preventivamente com os prejuízos do uso de álcool e drogas na adolescência. Esta pesquisa intitulada "**Intervenção Breve para prevenção do uso de álcool e drogas na adolescência: parentalidade e personalidade**" será desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, sob responsabilidade da doutoranda Fernanda Cerutti e da profª orientadora Drª Irani Iracema de Lima Argimon.

Para tanto, convidamos você a comparecer a quatro (4) encontros previamente agendados por nós, as pesquisadoras. O primeiro será para preencher alguns questionários sobre como você se enxerga na adolescência e como está sua relação com o álcool e as drogas. Nos três seguintes você será acompanhado(a) por uma psicóloga e receberá auxílio e orientações a respeito de como pensar sobre si sem o uso de álcool e drogas. Cada encontro durará em torno de 60 minutos, será em grupo, e não comprometerá suas atividades regulares do mesmo. No último encontro você estará acompanhado de seus responsáveis, e prevê trabalhar, em grupo, o relacionamento e a comunicação entre pais-filhos.

Da mesma forma, solicitamos a participação dos seus responsáveis em dois encontros. No primeiro, seu responsável responderá a alguns questionários sobre você e sobre ele mesmo. O segundo encontro será em grupo com outros pais, conduzido por uma psicóloga e tem o objetivo de discutir sobre como lidar com o envolvimento dos adolescentes com álcool e drogas. O terceiro encontro, também em grupo, será realizado juntamente com você. Caso, na avaliação, se verifique que a necessidade de outro tipo de tratamento, você e seu responsável receberão um retorno e sugestão de encaminhamento para ajuda.

A sua participação e a de seu responsável nesse estudo é voluntária, e se ambos não estiverem de acordo, ou desistirem de continuar em qualquer momento, têm absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, a identidade, os dados e informações dos participantes serão mantidos no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-los. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente estarão contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela(s) pesquisador(as) pelo fone (51) 3320 3633, ramal 4986 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone 3320 3345, e-mail: cep@pucrs.br ou pelo endereço: Av. Ipiranga 6681, Prédio 40 - Sala 505, Porto Alegre /RS, de segunda a sexta-feira, das 8h30min às 12h e das 13h30min às 17h.

Atenciosamente,

Fernanda Cerutti

Doutoranda Fernanda Cerutti
CRP 07/17711
Matrícula PUCRS 14191079-4

Irani de Lima Argimon

Profª Drª Irani I. de L. Argimon
CRP 07/01211
Matrícula PUCRS 030554

Eu, _____, tendo o consentimento do meu responsável, DECLARO que concordo em participar desta pesquisa e ACEITO que ele participe deste estudo.

Assinatura do Participante

Local e data

TCLE e Assentimento para grupo controle**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEL)
TERMO DE ASSENTIMENTO (ADOLESCENTE)**

Esta pesquisa intitulada “Intervenção Breve para prevenção do uso de álcool e drogas na adolescência: parentalidade e personalidade”, desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, sob responsabilidade da doutoranda Fernanda Cerutti e da profª orientadora Drª Irani Iracema de Lima Argimon, tem por objetivo levantar dados a respeito de como auxiliar adolescentes a lidarem preventivamente com o uso de drogas na adolescência.

Estamos convidando o adolescente sob sua responsabilidade a participar dessa pesquisa. Para tanto, será necessário que ele compareça a dois (2) encontros. No primeiro encontro ele(a) irá preencher alguns questionários sobre como enxerga sua relação com as drogas. E após oito (8) semanas será realizado outro encontro, onde será solicitado que ele preencha novamente estes questionários para detectarmos se houve alguma mudança no seu comportamento de uso de drogas. Cada encontro durará em torno de 60 minutos e não comprometerá as atividades regulares do mesmo.

A participação nesse estudo é voluntária, e se o responsável e o participante não estiverem de acordo, ou desistirem de continuar em qualquer momento, têm absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, a identidade, os dados e informações do participante serão mantidos no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitem identificá-lo. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente estarão contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela(s) pesquisador(as) pelo fone (51) 3320 3633, ramal 4986 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone 3320 3345, e-mail: cep@pucrs.br ou pelo endereço: Av. Ipiranga 6681, Prédio 40 - Sala 505, Porto Alegre /RS, de segunda a sexta-feira, das 8h30min às 12h e das 13h30min às 17h.

Atenciosamente,



Doutoranda Fernanda Cerutti
CRP 07/17711
Matrícula PUCRS 14191079-4



Profª Drª Irani I. de L. Argimon
CRP 07/01211
Matrícula PUCRS 030554

Eu, _____, **CONSINTO** que meu filho participe deste estudo e **ACEITO** participar deste estudo. **DECLARO** ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Assinatura do Responsável

Local e data

Eu, _____, tendo o consentimento do meu responsável, **DECLARO** que concordo em participar desta pesquisa e **ACEITO** que ele participe deste estudo.

Assinatura do Participante

Local e data

APÊNDICE C - Ficha de dados sociodemográficos**Ficha de Dados Sociodemográficos**

Nome do Adolescente: _____

Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____ anos (escreva o número)

Nome do Responsável: _____

Tipo de parentesco/relacionamento: _____

Contatos: _____

Com quem o adolescente mora? (múltipla escolha)

- | | | |
|-----------------|-----------------------------|---------------------------|
| a. () mãe | f. () irmãos por parte mãe | k. () tia |
| b. () pai | g. () irmãos por parte pai | l. () padrinho |
| c. () madrasta | h. () avô | m. () madrinha |
| d. () padrasto | i. () avó | n. () outra opção: _____ |
| e. () irmãos | j. () tio | |

Nome do Pai: _____

Idade: _____ Contatos: _____

Situação do pai:

- | | | |
|------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| a. () falecido | d. () trabalha de noite | g. () afastado do emprego |
| b. () desempregado | e. () trabalha vários horários | h. () desconhecido |
| c. () trabalha de dia | f. () aposentado | i. () outro: _____ |

Nome da Mãe: _____

Idade: _____ Contatos: _____

Situação da mãe:

- | | | |
|---------------------|---------------------------------|---------------------|
| a. () falecida | d. () trabalha de noite | g. () do lar |
| b. () desempregada | e. () trabalha vários horários | h. () desconhecida |
| c. () provedora | f. () aposentada | i. () outro: _____ |

Escola: pública () privada ()

Série/Ano: _____ () Ensino Fundamental () Ensino Médio

Reprovação: () sim () não

Se sim, quantas vezes? _____ Em que série(s)/ano(s)? _____

Está vinculado a algum estágio remunerado? () não () sim, onde? _____

Já apresentou problemas com a justiça? () não () sim

Se sim, quantas vezes? _____ Qual foi o ato infracional? _____

Tratamentos: () SIM () NÃO

Se sim,

- | | | |
|-----------------------|-----------|--------------------------------------|
| a. () com psicólogo | () atual | () encerrado, quando? Ano/mês _____ |
| b. () com psiquiatra | () atual | () encerrado, quando? Ano/mês _____ |
| c. () internação | () atual | () encerrado, quando? Ano/mês _____ |
| d. () outro* | () atual | () encerrado, quando? Ano/mês _____ |

*Qual(is)? _____

Qual o motivo da procura por esse(s) tratamento(s): _____

ANEXOS

Código: _____

Pré-teste

Data: _____

Agora, por favor, responda todas as questões seguintes. Se alguma questão não se aplicar exatamente, responda considerando o que ocorre com maior frequência (SIM ou NÃO). Responda as questões considerando o que ocorreu com você NOS ÚLTIMOS 12 MESES. Caso alguma questão não se aplique a você, responda “Não”.

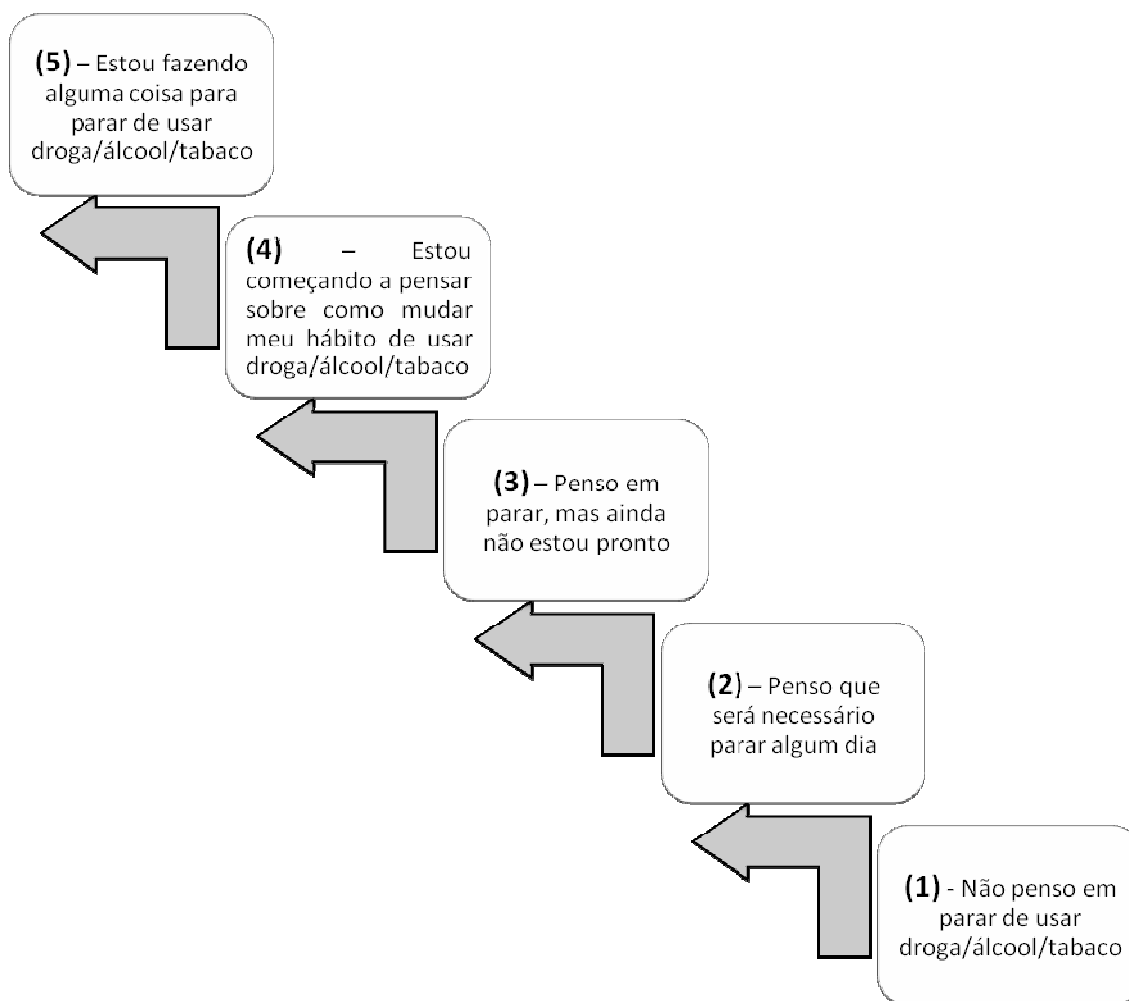
Área de uso de substância psicoativas (ÁREA 1)	SIM	NÃO
1. Alguma vez você sentiu “fissura” ou um forte desejo por álcool ou outras drogas?	()	()
2. Alguma vez você precisou usar mais e mais álcool ou drogas para conseguir o efeito desejado?	()	()
3. Alguma vez você sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?	()	()
4. Alguma vez você sentiu que estava dependente ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?	()	()
5. Alguma vez você deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?	()	()
6. Alguma vez você quebrou regras ou desobedeceu leis por estar “alto” sob o efeito de álcool ou drogas?	()	()
7. Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?	()	()
8. Você sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?	()	()
9. Alguma vez você se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?	()	()
10. Alguma vez você teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa do seu uso de álcool ou drogas?	()	()
11. Alguma vez você teve problemas de relacionamento com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou drogas?	()	()
12. Alguma vez você teve sintomas de abstinência após o uso de álcool (por exemplo: tremores, náuseas, vômitos ou dor de cabeça)?	()	()
13. Alguma vez você teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?	()	()
14. Você gosta de “brincadeiras” que envolvem bebidas quando vai a festas? (Por exemplo: “vira-vira”; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade; etc.)	()	()
15. Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?	()	()

Código: _____ Pré-teste () Pós-teste () Data: _____

Escala de Contemplação Ladder

Instruções

Cada degrau da escada representa onde os usuários de álcool, tabaco e outras drogas se encontram quando pensam em parar de usar a substância psicoativa. Você deverá circular o número que indica onde você está agora:



Código: _____ Pré-teste () Pós-teste () Data: _____

SOCRATES

Abaixo há uma série de frases sobre como você se sente **no momento** em relação ao seu uso de álcool e/ou outras drogas. Por favor, escolha a resposta para cada uma dessas frases entre “DISCORDO MUITO” (para aquelas afirmativas que não se aplicam ao modo como está se sentindo) e “CONCORDO MUITO” (para aquelas afirmativas que se aplicam totalmente ao que sente no momento).

	DISCORDO MUITO	DISCORDO	INDECISO	CONCORDO	CONCORDO MUITO
1. Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de usar álcool e/ou drogas.	1	2	3	4	5
2. Às vezes, eu penso se sou um alcooleiro e/ou drogado.	1	2	3	4	5
3. Se eu não mudar logo a minha maneira de usar álcool e/ou drogas, meus problemas vão ficar piores.	1	2	3	4	5
4. Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação à minha maneira de usar álcool e/ou drogas.	1	2	3	4	5
5. Estou tentando controlar a minha maneira de usar álcool e/ou drogas.	1	2	3	4	5
6. Às vezes, eu penso se o meu uso de álcool e/ou drogas está prejudicando as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7. Eu sou uma pessoa que tem problemas com álcool e/ou drogas.	1	2	3	4	5
8. Eu não estou pensando apenas nas mudanças da minha maneira de usar álcool e/ou drogas.	1	2	3	4	5
9. Eu já mudei o meu hábito de usar álcool e/ou drogas e estou buscando meios para não voltar a usar como fazia antes.	1	2	3	4	5
10. Eu tenho graves problemas com o álcool e/ou drogas.	1	2	3	4	5
11. Às vezes, eu penso se tenho controle sobre minha maneira de usar álcool e/ou drogas.	1	2	3	4	5
12. O meu hábito de usar álcool e/ou drogas está causando muitos transtornos.	1	2	3	4	5
13. Você parou ou diminuiu seu hábito de usar álcool e/ou drogas? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito</i> e vá para <u>Questão 14</u> () Sim – Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar o meu beber ou uso de drogas.	1	2	3	4	5
14. Antes você tinha problemas com a bebida e/ou as drogas? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito</i> e vá para <u>Questão 15</u> () Sim – Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter os problemas com álcool e/ou drogas que eu tinha antes.	1	2	3	4	5
15. Eu sei que tenho problemas com álcool e/ou drogas.	1	2	3	4	5
16. Às vezes, eu acho que uso álcool e/ou drogas demais.	1	2	3	4	5
17. Eu sou um alcooleiro e/ou drogado.	1	2	3	4	5
18. Eu estou me esforçando muito para mudar meu hábito de usar álcool e/ou drogas.	1	2	3	4	5
19. Você fez mudanças no seu hábito de usar álcool e/ou drogas? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito</i> () Sim – Eu quero alguma ajuda para não voltar a usar álcool e/ou drogas como antes.	1	2	3	4	5

Código: _____ Pré-teste () Pós-teste () Data: _____

ESCALA DE ESPERANÇA DISPOSICIONAL

Instruções

Leia com atenção e circule a opção que você acha a mais adequada.

<p>1. Eu posso pensar em várias formas de lidar com situações difíceis.</p> <p>Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira</p>
<p>2. Eu me esforço para atingir meus objetivos.</p> <p>Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira</p>
<p>3. Eu me sinto cansado a maior parte do tempo.</p> <p>Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira</p>
<p>4. Existem sempre muitas formas de resolver os problemas.</p> <p>Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira</p>
<p>5. Eu sou facilmente derrotado em discussões.</p> <p>Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira</p>
<p>6. Eu posso pensar em muitas formas de conseguir as coisas que são muito importantes para a minha vida.</p> <p>Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira</p>
<p>7. Eu me preocupo com a minha saúde.</p> <p>Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira</p>
<p>8. Mesmo quando os outros desistem, eu sei que posso encontrar alguma forma de resolver os problemas.</p> <p>Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira</p>
<p>9. Minhas experiências no passado me prepararam bem para enfrentar o futuro.</p> <p>Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira</p>
<p>10. Eu tenho tido muito sucesso na vida.</p> <p>Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira</p>
<p>11. Frequentemente eu fico me preocupando com alguma coisa.</p> <p>Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira</p>
<p>12. Eu atinjo os objetivos que estabeleço para mim.</p> <p>Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira</p>

Código: _____

Pré-teste

Data: _____

Escala de Autoeficácia

Por favor, leia atentamente cada item e marque o número que corresponde à situação que mais descreve você.

1. Eu sou capaz de atingir a maior parte dos objetivos que defino para mim.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
2. Eu sou capaz de superar muitos desafios.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
3. Costumo ser persistente na busca de meus objetivos.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
4. Eu acredito que eu posso ter sucesso em quase qualquer coisa que eu resolva fazer.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
5. Eu posso fazer a maioria das coisas melhor do que as pessoas em geral.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
6. Mesmo quando as coisas estão difíceis, eu posso desempenhá-las muito bem.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
7. Quando faço planos, sei que posso fazer que eles deem certo.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
8. Se algo parece muito complicado, eu nem tento fazer.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
9. Se eu não consigo fazer algo pela primeira vez, eu continuo tentando até conseguir.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
10. Eu sou uma pessoa autoconfiante.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
11. Quando eu defino objetivos importantes para mim eu raramente os atinjo.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
12. Quando traço um objetivo logo começo a colocá-lo em prática.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
13. Quando problemas inesperados acontecem, eu não lido bem com eles.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
14. Eu costumo persistir em meus planos.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
15. Sou confiante de que posso lidar bem com situações inesperadas.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
16. Eu desisto das coisas antes de completá-las.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
17. Quando enfrento problemas, geralmente posso encontrar várias soluções.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
18. Dificilmente eu vou me dar bem na vida.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
19. Quando eu falho, eu tenho vontade de tentar mais.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro
20. Eu me sinto inseguro com relação a minha capacidade de fazer as coisas.	SempreFalso 1 – 2 – 3 – 4 – 5 SempreVerdadeiro

Código: _____

Pré-teste

Data: _____

Escala de Responsividade e Exigência

Abaixo há uma série de frases sobre atitudes de pais e mães. Para cada uma delas marque, à direita, a resposta que melhor se aproxima à sua opinião de acordo com a chave de respostas abaixo. Você pode usar os números 0, 1, 2, 3 e 4 dependendo da frequência ou intensidade com que ocorrem as situações descritas nas frases (quanto maior o número, mais frequente ou intensa é a situação). Não esqueça que você pode usar os números intermediários (1, 2 e 3) para expressar níveis intermediários de frequência ou intensidade das situações, e não apenas as opções extremas representadas pelos números 0 e 4. Assinale apenas uma resposta por frase, e não deixe nenhum item sem resposta.

Chave de respostas: (quase nunca ou bem pouco) 0 — 1 — 2 — 3 — 4 (geralmente ou bastante)

<i>A respeito de seus pais considera as seguintes frases:</i>	<i>MÃE</i>	<i>PAI</i>
1. Sabe aonde vou quando saio de casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Controla as minhas notas no colégio.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Exige que eu vá bem na escola.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Impõe limites para as minhas saídas de casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Me cobra quando eu faço algo errado.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Tem a última palavra quando discordamos sobre um assunto importante a meu respeito.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Controla os horários de quando eu estou em casa e na rua.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Faz valer as suas opiniões sem muita discussão.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
9. Exige que eu colabore nas tarefas de casa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
10. Me cobra que eu seja organizado(a) com as minhas coisas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. É firme quando me impõe alguma coisa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
12. Me pune de algum modo se desobedeço uma orientação sua.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
13. Posso contar com a sua ajuda caso eu tenha algum tipo de problema.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
14. Me incentiva a que eu tenha minhas próprias opiniões sobre as coisas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
15. Encontra um tempo para estar comigo e fazemos juntos algo agradável.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
16. Me explica os motivos quando me pede para eu fazer alguma coisa.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
17. Me encoraja para que eu melhore se não vou bem na escola.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
18. Me incentiva a dar o melhor de mim em qualquer coisa que eu faça.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
19. Se interessa em saber como eu ando me sentindo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
20. Ouve o que eu tenho para dizer mesmo quando não concorda.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
21. Demonstra carinho para comigo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
22. Me dá força quando eu enfrento alguma dificuldade ou decepção.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
23. Mostra interesse pelas coisas que eu faço.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
24. Está atenta(o) às minhas necessidades mesmo que eu não diga nada.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Código: _____

Data: _____

**QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS
ASSIST (OMS)**

Para cada item abaixo você deverá marcar no parêntese se “NÃO” ou se “SIM”:

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou?	NÃO	SIM
a) Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	()	()
b) Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, cachaça, uísque, vodca, tequila)	()	()
c) Maconha (baseado, erva, liamba, birra, fuminho, bagulho, haxixe, skank)	()	()
d) Cocaína, Crack (coca, pó, caximbo)	()	()
e) Anfetaminas ou Êxtase (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)	()	()
f) Inalantes (solventes, cola de sapateiro, lança perfume, loló)	()	()
g) Hipnóticos/Sedativos (ansiolíticos, benzodiazepínicos, diazepam)	()	()
h) Alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, chá de cacto)	()	()
i) Opióides (morfina, codeína, ópio, heroína, metadona)	()	()
j) outras (quais: _____)	()	()

- Se “NÃO” em todos os itens investigue: Nem mesmo na escola?
- Se “NÃO” em todos os itens, PARE a entrevista.
- Se “SIM” para alguma droga, SIGA para as próximas perguntas.

Para cada item abaixo você deverá marcar nos parênteses o que melhor explica sua realidade:

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substâncias que mencionou?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	()	()	()	()	()

b) Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, cachaça, uísque, vodca, tequila)	()	()	()	()	()
c) Maconha (baseado, erva, liamba, birra, fuminho, bagulho, haxixe, skank)	()	()	()	()	()
d) Cocaína, Crack (coca, pó, caximbo)	()	()	()	()	()
e) Anfetaminas ou Êxtase (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)	()	()	()	()	()
f) Inalantes(solventes, cola de sapateiro, lança perfume, loló)	()	()	()	()	()
g) Hipnóticos/Sedativos (ansiolíticos, benzodiazepínicos, diazepam)	()	()	()	()	()
h) Alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, chá de cacto)	()	()	()	()	()
i) Opióides(morfina, codeína, ópio, heroína, metadona)	()	()	()	()	()
j) outras (quais:)	()	()	()	()	()

- Se “NUNCA” em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões.

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?(primeira droga, segunda droga, etc.)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	()	()	()	()	()
b) Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, cachaça, uísque, vodca, tequila)	()	()	()	()	()
c) Maconha (baseado, erva, liamba, birra, fuminho, bagulho, haxixe, skank)	()	()	()	()	()
d) Cocaína, Crack (coca, pó, caximbo)	()	()	()	()	()
e) Anfetaminas ou Êxtase (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)	()	()	()	()	()
f) Inalantes(solventes, cola de sapateiro, lança perfume, loló)	()	()	()	()	()

g) Hipnóticos/Sedativos (ansiolíticos, benzodiazepínicos, diazepam)	()	()	()	()	()
h) Alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, chá de cacto)	()	()	()	()	()
i) Opióides(morfina, codeína, ópio, heroína, metadona)	()	()	()	()	()
j) outras (quais:)	()	()	()	()	()

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, segunda droga, etc.)resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	()	()	()	()	()
b) Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, cachaça, uísque, vodca, tequila)	()	()	()	()	()
c) Maconha (baseado, erva, liamba, birra, fuminho, bagulho, haxixe, skank)	()	()	()	()	()
d) Cocaína, Crack (coca, pó, caximbo)	()	()	()	()	()
e) Anfetaminas ou Êxtase (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)	()	()	()	()	()
f) Inalantes(solventes, cola de sapateiro, lança perfume, loló)	()	()	()	()	()
g) Hipnóticos/Sedativos (ansiolíticos, benzodiazepínicos, diazepam)	()	()	()	()	()
h) Alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, chá de cacto)	()	()	()	()	()
i) Opióides(morfina, codeína, ópio, heroína, metadona)	()	()	()	()	()
j) outras (quais:)	()	()	()	()	()

5. Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do uso de (primeira droga, segunda droga, etc.)você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	()	()	()	()	()

b) Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, cachaça, uísque, vodca, tequila)	()	()	()	()	()
c) Maconha (baseado, erva, liamba, birra, fuminho, bagulho, haxixe, skank)	()	()	()	()	()
d) Cocaína, Crack (coca, pó, caximbo)	()	()	()	()	()
e) Anfetaminas ou Êxtase (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)	()	()	()	()	()
f) Inalantes(solventes, cola de sapateiro, lança perfume, loló)	()	()	()	()	()
g) Hipnóticos/Sedativos (ansiolíticos, benzodiazepínicos, diazepam)	()	()	()	()	()
h) Alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, chá de cacto)	()	()	()	()	()
i) Opióides(morfina, codeína, ópio, heroína, metadona)	()	()	()	()	()
j) outras (quais:)	()	()	()	()	()

Faça as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc.)?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a) Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	()	()	()
b) Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, cachaça, uísque, vodca, tequila)	()	()	()
c) Maconha (baseado, erva, liamba, birra, fuminho, bagulho, haxixe, skank)	()	()	()
d) Cocaína, Crack (coca, pó, caximbo)	()	()	()
e) Anfetaminas ou Êxtase (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)	()	()	()
f) Inalantes(solventes, cola de sapateiro, lança perfume, loló)	()	()	()
g) Hipnóticos/Sedativos (ansiolíticos, benzodiazepínicos, diazepam)	()	()	()

h) Alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, chá de cacto)	()	()	()
i) Opióides(morfina, codeína, ópio, heroína, metadona)	()	()	()
j) outras (quais:)	()	()	()

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc.)e não conseguiu?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a) Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	()	()	()
b) Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, cachaça, uísque, vodca, tequila)	()	()	()
c) Maconha (baseado, erva, liamba, birra, fuminho, bagulho, haxixe, skank)	()	()	()
d) Cocaína, Crack (coca, pó, caximbo)	()	()	()
e) Anfetaminas ou Êxtase (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)	()	()	()
f) Inalantes(solventes, cola de sapateiro, lança perfume, loló)	()	()	()
g) Hipnóticos/Sedativos (ansiolíticos, benzodiazepínicos, diazepam)	()	()	()
h) Alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, chá de cacto)	()	()	()
i) Opióides(morfina, codeína, ópio, heroína, metadona)	()	()	()
j) outras (quais:)	()	()	()

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção (Apenas uso não médico)?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
	()	()	()

ANEXO 2 - Autorização para Adaptação do Protocolo



Fernanda Cerutti <fernanda.cerutti@acad.pucrs.br>

Fernanda Cerutti

4 mensagens

Fernanda Cerutti <fernanda.cerutti@acad.pucrs.br>
 Para: winte001@umn.edu

10 de setembro de 2014 21:37

Dear Professor Winters,

I'm glad to received your email.

My professor Mrs. Irani Iracema de Lima Argimon and I are studying the relation between the parental attitudes and the use of drugs by adolescents. Thus we are looking for the intervention or program for parents of the adolescent drug users to realize a randomized clinical trial.

We would like to perform a brief intervention, because our context in Brazil is more difficult than yours. We read your articles about this area and other researches, and found interventions to adolescents and their parents (like your research), and a Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse (BSFT), but we thought this program is very long to our context. Do you know this program? What do you think about it? Are there other parents treatment programs of our knowledge?

Thanks a lot,

Fernanda Cerutti



Fernanda Cerutti <fernanda.cerutti@acad.pucrs.br>

Fernanda Cerutti

Ken C. Winters <winte001@umn.edu>
 Para: Fernanda Cerutti <fernanda.cerutti@acad.pucrs.br>
 Cc: Sérgio de Paula Ramos <serramos@terra.com.br>

11 de setembro de 2014 11:47

Hi Fernanda, great to hear from you. BSFT is believe is 8 or sessions so a bit long for brief. I can send you a 4 session program, that has a mix of teen and parent sessions. It has been empirically tested. It's a variant of our 3-session Teen Intervene. Let me know.

Regards, Ken



Fernanda Cerutti <fernanda.cerutti@acad.pucrs.br>

Fernanda Cerutti

Fernanda Cerutti <fernanda.cerutti@acad.pucrs.br> 11 de setembro de 2014 15:29
 Para: "Ken C. Winters" <winte001@umn.edu>
 Cc: Sérgio de Paula Ramos <serramos@terra.com.br>, argimoni@pucrs.br
 Cco: fecerutti@hotmail.com

Dear Professor Winters,

I read your article and I'd like to know more about this 4 session program.

Could you please send me the program?

Thank's a lot,

Fernanda Cerutti



Fernanda Cerutti <fernanda.cerutti@acad.pucrs.br>

from Ken

Ken C. Winters <winte001@umn.edu> 12 de setembro de 2014 01:24
 Para: Fernanda Cerutti <fernanda.cerutti@acad.pucrs.br>
 Cc: argimoni@pucrs.br

Hi Fernanda, here is the manual for the 4-session program. Feel free to adapt as you see fit. Also, I have attached a paper that is based on this 4-session program.

Keep me posted.

Regards, Ken



Fernanda Cerutti <fernanda.cerutti@acad.pucrs.br>

from Ken

Fernanda Cerutti <fernanda.cerutti@acad.pucrs.br> 12 de setembro de 2014 10:39
 Para: "Ken C. Winters" <winte001@umn.edu>
 Cc: argimoni@pucrs.br, Sérgio Paula Ramos <serramos@terra.com.br>

Dear Professor Winters

I appreciate your availability.

I'll study your manual and send news.

Thanks a lot.

Fernanda Cerutti

ANEXO 3 – Artigo Aceito para Publicação

1. Revista Avaliação Psicológica (Qualis Psicologia A2)



[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [NOTÍCIAS](#)

[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões](#) > #12940 > **Avaliação**

#12940 Avaliação

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

Submissão

Autores	Fernanda Cerutti, Bruna Fernandes da Rocha, Luísa Raquel Bridi Dacroce, Irani Tracema de Lima Argimon
Título	Adaptação Brasileira do Manual Brief Intervention for Adolescent Alcohol and Drug Use
Seção	Relato de Pesquisa
Editor	Nelson Hauck Francine Queluz Adriana Satco

Avaliação

Rodada 1

Versão para avaliação	12940-54617-1-RV.DOCX 2016-09-28
Iniciado	2016-10-07
Última alteração	2017-05-30
Arquivo enviado	Nenhum(a)


Decisão Editorial

Decisão	Aceitar 2017-08-16
Notificar editor	Comunicação entre editor/autor 2017-08-16
Versão do editor	12940-54739-1-ED.DOC 2016-10-05 12940-54739-2-ED.DOCX 2017-08-16
Versão do autor	12940-59107-1-ED.DOCX 2017-06-22 EXCLUIR 12940-59107-2-ED.PDF 2017-06-22 EXCLUIR
Transferir Versão do Autor	<input type="button" value="Escolher arquivo"/> Nenhum arquivo selecionado <input type="button" value="Transferir"/>

ISSN: 2175-3431

ANEXO 4 – Artigos Submetidos para Publicação


1. Revista (Qualis Psicologia B1)



DIVERSITAS

ISSN impreso: 1794-9998 – ISSN Online: 2256-9067

[Inicio](#) [Equipo editorial](#) [Política Editorial](#) [Directrices para autores/as](#) [Números anteriores](#) [Número actual](#)



CAMPUS UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
BOGOTÁ

Inicio > Usuario/a > Autor/a > Envíos > #3302 > Resumen




RESUMEN
REVISIÓN
EDICIÓN

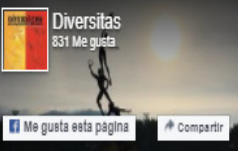
Envío

Autores/as Título Archivo original Archivos comp. Emisor/a Fecha de envío Sección Editor/a Comentarios del autor/a	Fernanda Cerutti, Alan Saloum Bastos, Irani Iracema de Lima Argimon A EFICÁCIA DE PROTOCOLOS DE INTERVENÇÃO COM ABORDAGEM FAMILIAR PARA TRATAMENTO DO ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS: REVISÃO SISTEMÁTICA 3302-9567-1-SM.DOC 2016-09-29 3302-9568-1-SR.DOC 2016-09-29 AÑADIR UN ARCHIVO COMPLEMENTARIO 3302-9569-1-SR.PDF 2016-09-29 Mestre Fernanda Cerutti septiembre 29, 2016 - 08:36 Artículos María Aguilar Bustamante Trata-se de um manuscrito de revisão sistemática da literatura.
--	--

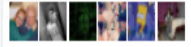
Estado


Estado	En revisión
Iniciado	2016-09-29
Modificado por última vez	2016-09-29








Se el primero de tus amigos en indicar que le gusta.







Gratis Index: List of Psychol
Below is a list of journals relating...

ANEXO 5 – Declaração do Exame de Qualificação



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Ata 12/2015

No vigésimo nono dia do mês de maio de dois mil e quinze, na sala 911, do Prédio 11, no Campus Universitário da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, após sessão de apresentação e defesa das 8_h e 00_min às 9_h e 30_min, reuniu-se a **décima segunda** comissão de avaliação, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, para arguir e avaliar os trabalhos apresentados pela doutoranda **Fernanda Cerutti**, com o objetivo de satisfazer os requisitos do **Exame de Qualificação de Doutorado**. A Comissão esteve constituída pela Profa. Dra. Manoela Ziebell de Oliveira (PUCRS), pelos demais membros da Comissão de Avaliação, Profa. Dra. Helena Maria Tannhauser Barros (UFCSPA) e Prof. Dr. Sérgio de Paula Ramos (FIPAD). A Comissão deliberou **APROVADO** () **APROVADO COM REFORMULAÇÕES** () **NÃO APROVADO** o Exame de qualificação do Projeto de Tese intitulado **"ASPECTOS ENVOLVIDOS NA MOTIVAÇÃO DO ADOLESCENTE PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO DO USO DE DROGAS"** e a **Revisão Sistemática: "ABORDAGEM FAMILIAR NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS: REVISÃO SISTEMÁTICA"**. Nada mais a constar, lavrei a presente ata, que vai assinada pela Comissão de Avaliação, Orientadora, Coordenador e Secretária.

Porto Alegre, 29 de maio de 2015.

Manoela Z. Oliveira
Profa. Dra. Manoela Ziebell de Oliveira - Relatora
(PUCRS)

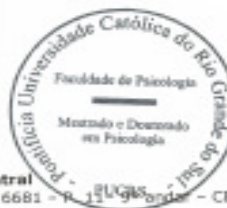
Helena Maria Tannhauser Barros
Profa. Dra. Helena Maria Tannhauser Barros
(UFCSPA)

Sérgio de Paula Ramos
Prof. Dr. Sérgio de Paula Ramos
(FIPAD)

Pedro da Rocha Barcelos
Pedro da Rocha Barcelos
Secretário

Iraní Tracema de Lima Argimon
Profa. Dra. Iraní Tracema de Lima Argimon
Orientadora

Adolfo Pizzinato
Prof. Dr. Adolfo Pizzinato
Coordenador



PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6681 - P. 11 - 91501-900 - CEP 90619-900
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3633
E-mail: psicologia-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/psipos

ANEXO 6 – Carta de Aceite da Comissão Científica

SIPESQ
Sistema de Pesquisas da PUCRS



Código SIPESQ: 6662

Porto Alegre, 29 de setembro de 2015.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da FACULDADE DE PSICOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "Intervenção Breve para prevenção do uso de álcool e drogas na adolescência: parentalidade e personalidade" coordenado por IRANI IRACEMA DE LIMA ARGIMON, previamente aprovado por esta Comissão em 19/08/2015. Caso este projeto necessite apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP/CEUA, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica da FACULDADE DE PSICOLOGIA

ANEXO 7 – Aprovação do Comitê de Ética

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aspectos envolvidos na motivação do adolescente para a mudança de comportamento do uso drogas

Pesquisador: Irani Iracema de Lima Argimon

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48681015.6.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.275.261

Apresentação do Projeto:

foram revisadas as pendências anteriores, repassado e aprovado no sipesq

PROJETO DE DOUTORADO DE ALUNO, ENVIADO PELO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, APÓS TRAMITAÇÃO NO SIPESQ

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Avaliar o impacto da IB-AP na motivação do adolescente para a mudança de comportamento do uso drogas. E investigar os aspectos intrínsecos (cognitivos, de personalidade e de esperança) e características parentais envolvidas nessa motivação.

Específicos

Avaliar a efetividade da IB-AP na motivação para a mudança de comportamento do uso drogas pelo adolescente.

Analisar a relação entre a capacidade cognitiva (raciocínio fluido e capacidade

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.275.261

de planejamento) do adolescente usuário de drogas com a sua motivação para a mudança de comportamento do uso drogas.

Analisar a relação entre os traços de personalidade do adolescente usuário de drogas e a sua motivação para a mudança de comportamento do uso de drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ok

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

carta de resposta

Venho por meio desta, responder às solicitações de mudanças no Projeto de Pesquisa: "Aspectos envolvidos na motivação do adolescente para a mudança de comportamento do uso de drogas", registrado pelo CAAE: 48681015.6.0000.5336, o qual sou pesquisadora responsável. Primeiramente, saliento que houve a modificação do título do projeto para: "Intervenção Breve para prevenção do uso de álcool e drogas na adolescência: parentalidade e personalidade". No preenchimento online, no site da Plataforma Brasil, foi revista a redação dos itens RISCOS e BENEFÍCIOS. No projeto em anexo, os objetivos foram divididos em dois estudos, em uma ordem cronológica. E alguns objetivos foram retirados. Os termos conflitantes "impacto" e "efetividade" foram padronizados por um único termo "efeito terapêutico". As hipóteses foram retiradas, estando expostas apenas na plataforma Brasil, por ser um item obrigatório. O cronograma também sofreu alterações, com o início da coleta previsto para novembro/2015 e com a inclusão do follow-up.

Justifico a necessidade de incluir alterações no projeto, pois entendo que não conseguirei dar conta de realizar a coleta da forma como estão organizados os objetivos e o método. Tendo em vista o não cumprimento do prazo de início da coleta de dados, conforme previsto no Cronograma do Projeto de Pesquisa, em função da demora no processo de avaliação do SIPESQ. Assim, entendo que as coletas não poderão ser de forma individual e sim, de forma coletiva, alterando um dos objetivos do estudo, para a adaptação do manual para uso em grupos. Ademais, o objetivo de avaliar a cognição dos participantes também não poderá ser contemplado, pois a aplicação da bateria de testes demandaria muito tempo. Retiro também o foco na psicologia positiva e incluo objetivo de avaliar a escuta reflexiva dos cuidadores no pré-teste e pós-teste, focando a parentalidade. O delineamento será longitudinal e não mais um ensaio clínico randomizado.

Quanto ao material em anexo, o orçamento ficou mais enxuto, com a retirada dos protocolos da bateria cognitiva. Assim como, o TCLE e o Termo de Assentimento estão separados, explicam que os encontros serão grupais e foram redigidos de forma a explicitar o convite. Em anexo também

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puhrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.275.261

estão apresentados os documentos enviados aos juizes da tradução e adaptação do manual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ok

Recomendações:

ok

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

ok

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_538286.pdf	01/10/2015 09:41:01		Aceito
Outros	Documento_sipesq.pdf	01/10/2015 09:35:32	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_SIPESQ_CEP.pdf	01/10/2015 09:33:51	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Folha de Rosto	conep.pdf	01/10/2015 09:32:57	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_CEP.pdf	30/09/2015 16:37:39	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/09/2015 16:34:45	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO.pdf	30/09/2015 16:33:10	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/09/2015 16:30:15	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	link lattes.docx	01/07/2015 11:21:05		Aceito
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	17/06/2015 15:53:00	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	CARTA LOCAL 2.pdf	17/06/2015 15:44:11		Aceito
Outros	CARTA LOCAL 1.pdf	17/06/2015 15:43:46		Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puocrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.275.261

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Outubro de 2015

Assinado por:
Rodolfo Herberto Schneider
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puhrs.br

ANEXO 8 – Comprovante do Doutorado Sanduíche



Dña. Carmen Moret Tatay, como coordinadora de Relaciones Internacionales de Psicología y Logopedia, de la Universidad Católica de Valencia, "San Vicente Mártir"

HACE CONSTAR

Que Dña. **Fernanda Cerutti** con número de identificación F1252518, ha realizado una estancia de investigación en Universidad Católica de Valencia, "San Vicente Mártir" bajo la supervisión del profesor José Heliodoro Marco Salvador. Esta estancia comenzó el 1 de Abril y ha finalizado el 31 de Julio de 2017. Durante la misma, se han llevado a cabo diferentes trabajos, y esperamos que esta colaboración continúe en un futuro.

Y para que así conste, en Valencia, a 31 de Julio de 2017



Carmen Moret-Tatay, P.h.D.
International Coordinator, Psychology and Speech Therapy
Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir
Department of Neuropsychology, Methodology, Basic and Social Psychology
C/ Guillem de Castro 175
46008 Valencia
Phone. 96 363 74 12



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br