SENASP

Secretaria Nacional de Segurança Pública

Relatório Final

Concursos Nacionais de Pesquisas Aplicadas em Justiça Criminal e Segurança Pública

Proponente

Cruz Vermelha do Rio Grande do Sul

Autor (s)

Lisiane Bizarro

Título da Pesquisa

Avaliação dos Efeitos da Coerção Judicial na Motivação para Tratamento de Dependência Química em Adolescentes

Estes relatórios de pesquisa constituem os produtos resultantes do Concurso Nacional de Pesquisas Aplicadas em Segurança Pública e Justiça Criminal. Fornecerão importantes subsídios para a qualificação das políticas nacionais de segurança pública. Destacamos que eles não constituem a opinião oficial do Ministério da Justiça sobre os assuntos tratados.

Abril 2006

Ministério da Justiça

GOVERNO FEDERAL

Avaliação da Coerção Judicial na Motivação para Tratamento de Dependência Química em Adolescentes

Autoras: Lisiane Bizarro, Letícia Poggere, Flávia de Carlos, Nicole Lagrenade, Carla Malinowski

A coerção judicial imposta por medidas sócio-educativas pode influenciar a motivação para o tratamento em adolescentes em conflito com a lei. A coerção judicial para tratamento encontra amparo legal no Estatuado da Criança e do Adolescente (ECA, Art. 112, inciso VII), que dispõe a possibilidade de serem aplicadas como medidas sócio-educativas, as medidas protetivas do artigo 101 e especificamente nos incisos V e VI quanto à orientação e tratamento de alcoólatras e toxicômanos (Silva e cols., 2002).

Segundo American Academy of Pedriatrics há seis estágios de envolvimento com substâncias psicoativas: abstinência, uso experimental/recreacional (em geral limitado ao álcool), abuso inicial, abuso, dependência e recuperação (Pechansky, Szobot e Scivoletto, 2004). Por conseguinte, aquele adolescente que faz um uso indevido e assíduo de drogas pode tornar-se um dependente químico. Muitos jovens que experimentam algum tipo de droga, entretanto, não fazem uso dela freqüentemente (Pechansky, Szobot e Scivoletto, 2004).

Na adolescência, a resistência em admitir o uso de drogas, associada à crença de onipotência (“Eu sei o que precisa para parar sozinho”, “Não preciso de ajuda”) dificulta a procura de ajuda na fase inicial do problema (Noto & Silva, 2002). Conseqüentemente, o não reconhecimento da dependência torna-se freqüente (Ramos & Woitowite, 2004). O tratamento pode dar-se através de grupos de auto-ajuda (por exemplo, Alcoólicos Anônimos), intervenções individuais, familiares, grupais ou

integrativas (individual + familiar, familiar + grupal) ou em comunidades terapêuticas (Noto & Silva, 2002). É recomendada a atuação de uma equipe interativa e multidisciplinar (Figlie & Laranjeira, 2004) composta por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social (Noto e Silva, 2002). Contudo, qualquer tratamento é melhor que nenhum tratamento (Ramos e Woitowite, 2004).

O ECA permitiu o encaminhamento do envolvido com drogas a um sistema de tratamento e anão a um sistema de encarceramento. Esta nova forma de fazer justiça nos casos da legislação coloca a ciência jurídica em desenvolvimento, uma vez que ela tem que fazer interface com a medicina, a psicologia e o serviço social e assim buscar uma proteção integral (Silva e cols., 2002). Segundo o PEMSE (Programa Municipal de Execução de Medidas Sócio-educativas em Meio Aberto de Porto Alegre), o número de adolescentes com ingresso no programa de 01/01/05 a 30/11/05 são 1178, dos quais 515 cumprem medidas de liberdade assistida e 977 cumprem medidas de prestação de serviços à comunidade. Calcula-se, portanto que cerca de 100 jovens têm ingressado no programa mensalmente.

Um fator importante para o sucesso das medidas sócio-educativas que encaminham jovens para tratamento da dependência química é a motivação destes jovens para o tratamento. O estabelecimento de vínculos de confiança, empatia, aceitação e sigilo devem ser acentuados devido à desconfiança e temor do adolescente (Noto & Silva, 2002). Técnicas de motivação facilitam a adesão do adolescente ao tratamento (Ramos & Woitowite, 2004). A entrevista motivacional é, segundo Miller e Rollnick (2001), um meio particular de ajudar as pessoas a reconhecerem e fazerem algo a respeito de seus problemas presentes ou potenciais, criando uma abertura para a mudança, além de conceder-lhes um impulso motivacional. Historicamente, ela é uma derivação do aconselhamento rogeriano centrado no cliente cujo papel central do

terapeuta é facilitar a tomada de decisão através do esclarecimento, conselhos, feedback cuidadoso e empatia apropriada (Davidson, 1997). Neste contexto, a motivação pode ser definida como a probabilidade de que uma pessoa inicie, dê continuidade e permaneça num processo de mudança específico (Miller, 1985 citado por Davidson, 1997).

Os estágios de mudança podem ser utilizados para um entendimento dos comportamentos aditivos (Gossop, 1997). No contexto terapêutico, são úteis para identificar a melhor abordagem a ser usada de acordo com o estágio em que o jovem se encontra (Figlie & Laranjeira, 2004). A University of Rhode Island Change Assenssment Scale (URICA) é um instrumento utilizado para a identificação dos quatro estágios motivacionais para a mudança: Pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção, embora haja autores que identificam cinco (Figlie & Laranjeira, 2004; Di Clemente, 2001; Sutton, 1997; Jungerman & Laranjeira, 2001).

A pré-contemplação é o estágio em que o indivíduo não vê seu comportamento como um problema, logo não considera a mudança (Jungerman & Laranjeira, 2001). Dessa forma, quando os pré-contempladores procuram atendimento geralmente é porque estão sendo pressionados por outras pessoas (família, amigos, médicos) (Gossop, 1997). Na contemplação, já há alguma consciência sobre o problema, embora a pessoa ainda rejeite a mudança (Jungerman & Laranjeira, 2001). Isso caracteriza a falta de comprometimento sério para agir (Gossop, 1997). O estágio seguinte é o de ação, em que o indivíduo faz uso da terapia para ganhar auto-eficácia e cria condições externas para a mudança (Jungerman & Laranjeira, 2001). Ademais, há tentativas concretas de modificar os comportamentos, as experiências e/ou o meio ambiente para superar os problemas de adição (Gossop, 1997). A mudança no comportamento leva à abstinência, caracterizando o estágio de manutenção

(Jungerman & Laranjeira, 2001) em que a pessoa trabalha para evitar a recaída e busca consolidar os ganhos (Gossop,1997).

Quando o indivíduo está em um estágio de pré-contemplação, a procura para o tratamento geralmente é devido à pressão de outras pessoas (família, amigos, médicos) (Gossop, 1997). É possível que os jovens encaminhados através de uma medida sócio-educativa estejam no estágio de pré-contemplação e com isto sua baixa motivação para o tratamento dificulte o cumprimento da medida. Por outro lado, talvez a intervenção da justiça seja o suficiente para produzir uma reflexão a respeito das conseqüências do uso de drogas e, com isso, o indivíduo passe para outro estágio motivacional. Finalmente, é importante considerar que o andamento do tratamento por si só consiga levar o adolescente de um estágio de pré-contemplação ou contemplação a um estágio de ação ou manutenção.

Na presente pesquisa, a coerção judicial será considerada um fator externo para a motivação para o tratamento para a dependência química. O objetivo é investigar como este fator externo influencia a motivação para o tratamento, para possibilitar uma reflexão baseada em evidências sobre uma política de atendimento voltada para o jovem em conflito com a lei. Além disso, um objetivo específico é conhecer melhor em que aspectos os jovens que estão em tratamento para uso de drogas cumprindo medidas sócio-educativas diferem de outros adolescentes em tratamento que não estão cumprindo a medida.

Método

Participantes

O estudo foi realizado a partir de uma amostra de 63 adolescentes escolhidos por conveniência, sendo 43 do sexo masculino. Os adolescentes haviam sido encaminhados pelo Programa Municipal de Execução de Medidas Sócio-educativas

em Meio Aberto de Porto Alegre (PEMSE) da Secretaria de Assistência Social do mesmo município (grupo MSE) ou procurado tratamento para o uso de drogas por qualquer outro motivo (grupo NM). Por tratar-se de menores, os dados foram coletados, mediante Consentimento livre e Esclarecido assinado pelos responsáveis. A coleta ocorreu de maio a dezembro de 2005. Dos 63 adolescentes participantes, 25 responderam também a uma entrevista semi-estruturada. O protocolo de pesquisa foi aprovado por um comitê de ética.

Instrumentos

Utilizou-se como instrumentos a escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire) (anexo A), entrevistas semi-estruturadas (anexo B) e um questionário sobre a freqüência e os tipos de drogas utilizadas.

A escala URICA contém 32 itens relacionados aos quatro estágios motivacionais: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Para cada item, o entrevistador solicita que o participante indique o seu grau de concordância numa escala crescente com cinco opções numeradas que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. O escore final indica em qual dos estágios o paciente encontra-se na circunstância da aplicação.

Complementando esse instrumento, foi utilizado um questionário que averiguou a freqüência de uso e as drogas utilizadas e outras informações (renda familiar, escolaridade, moradia).

A entrevista semi-estruturada abordou questões referentes ao entendimento do adolescente sobre tratamento, uso de drogas e necessidade de ajuda em relação ao uso, bem como os motivos que o levaram ao local de tratamento e expectativas a respeito da instituição e a respeito de sua vida.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada respeitando o funcionamento de cada instituição. Estas acontecem com um agendamento prévio, em plantões nos locais, na participação nos grupos de acolhimento do PEMSE ou no encaminhamento direto do técnico para aplicação imediata.

Duas psicólogas realizaram um contato inicial com os adolescentes explicando-lhes o projeto de pesquisa e convidando-lhes a participar da mesma. Caso aceitassem, o Consentimento Livre e Esclarecido era encaminhado aos responsáveis para que fosse autorizada a participação do jovem no estudo. Era, então, marcado um horário em que foi, primeiramente, aplicado o questionário, em seguida, efetuada a entrevista semi-estruturada (com duração média de 30 minutos) e, por fim, respondida e escala URICA. Igualmente, a coleta desses dados foi realizada pelas duas profissionais. Os 25 primeiros participantes foram submetidos à entrevista semi-estruturada.

Ao final deste primeiro contato, foi agendado um segundo encontro da psicóloga com o participante, para três meses mais tarde. Pouco antes das datas dos agendamentos, os participantes foram contactado para confirmar o segundo encontro. Neste segundo encontro, acontecia a reaplicação de todos os instrumentos para aqueles que haviam sido entrevistados no primeiro contato ou apenas o questionário e a escala URICA para os demais.

Após esses procedimentos, as entrevistas foram transcritas e os dados da escala e do questionário tabulados por duas estudantes de psicologia. O conteúdo das entrevistas foi submetido à análise em unidades temáticas emergentes. Essa análise foi realizada de forma independente pelas duas juízas a partir de categorias pré-estabelecidas mediante a leitura da transcrição das entrevistas. Em caso de divergência, buscava-se acordo entre as mesmas. Concluída essa parte, cada categoria

foi associada a um estágio motivacional, como a escala URICA, permitindo a comparação entre os instrumentos. Durante o processo de análise de conteúdo, as juízas, ainda não haviam tomado conhecimento dos resultados da escala utilizada para que não ocorressem interferências. Dessa forma, obtiveram-se duas classificações cegas, segundo os estágios motivacionais para cada participante: uma proveniente do resultado da escala e outra derivada da associação das categorias da análise de conteúdo a um estágio emocional.

Análise de dados

Os dados do questionário de identificação foram analisados por estatística descritiva e os grupos foram comparados utilizando-se o teste do Qui-quadrado ou por medidas de associação (risco relativo e razão de odds), quando apropriado.

A análise de conteúdo como conjunto de técnicas de análise das comunicações (Bardin, 1977) foi utilizada para a análise da entrevista semi-estruturada. Por fim, cruzaram-se as classificações dos estágios motivacionais obtidos através destes instrumentos e aplicou-se a correlação de Pearson para avaliar a concordância entre os instrumentos.

Resultados

Primeira aplicação - URICA

Os grupos

O instrumento que avalia o estágio de motivação para o tratamento foi aplicado em 63 jovens (20 do sexo feminino) que haviam iniciado o tratamento para dependência química. Todos eram solteiros, a maioria residia em Porto Alegre (85%), em geral com um dos pais (52%) ou com ambos os pais ou padrasto/madrasta (34,9%). Em geral, tinham dois (30,2%) ou três irmãos (17,5%).

Dos 63 jovens, 34 (cinco do sexo feminino) cumpriam medida sócio-educativa (MSE) e foram todos encaminhados para tratamento pelo PEMSE, e 29 (15 do sexo feminino) não cumpriam medida sócio-educativa (NM) e haviam sido encaminhados ao tratamento pelo conselho tutelar (n=16), pela escola (n=4), pela família (n=6) ou outra forma (n=3). Nenhum jovem havia procurado tratamento por iniciativa própria.

Entre aqueles 34 encaminhados para o tratamento pelo PEMSE, 17 estavam prestando serviço à comunidade com liberdade assistida, 12 estavam em liberdade assistida e cinco estavam apenas prestando serviço à comunidade. Os 29 jovens que não cumpriam medida sócio-educativa apenas cinco reportaram haver cometido ato infracional.

Os jovens do MSE foram entrevistados em sua maioria no próprio PEMSE (29%), no Projovem (23,5%) e na Cruz Vermelha Brasileira (17,6%), enquanto a maioria daqueles do NM foram entrevistados na CVB (41%), mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao local em que foram entrevistados.

Idade

A idade dos participantes variou entre 12 e 18 anos, mas a maioria tinha 15 (20,6%), 16 (27%) ou 17 anos (19%), sendo, portanto a idade mais freqüente 16 anos e a média de idade 15 anos e meio. Os grupos MSE e NM não diferiram em idade.

Tratamento

Não houve diferença significativa entre os grupos quanto às variáveis relacionadas ao tratamento, descritas abaixo.

Dos 63 participantes, 22 reportavam continuar usando drogas como habitual e 22 reportaram ter interrompido o uso de qualquer droga, enquanto 12 disseram que haviam diminuído e sete que haviam parado parcialmente (apenas algumas drogas).

Dos 22 abstinentes de drogas, apenas dois haviam interrompido o uso há mais de seis meses (menos de um ano) e 12 o haviam feito entre três e seis meses.

Do total de participantes, a maioria (n=38) não havia feito outro tratamento anteriormente e não estava fazendo uso de medicação em função do tratamento (n=42).

Uso de drogas

Os grupos diferiram significativamente quanto ao uso de inalantes, sendo este mais freqüente entre o grupo MSE. Poucos jovens do grupo NM faziam uso de inalantes (n=6), enquanto a maioria dos jovens do grupo MSE (n=18) fazia uso deste tipo de drogas. Em uma análise de razão de odds o MSE apresentou uma chance quatro vezes maior de usar este tipo de droga (OR=4,31; $e^{1,403}$, $e^{13,25}$).

Os grupos também diferiram significativamente quanto ao uso de maconha, sendo este mais freqüente entre o grupo NM. Muito embora a maioria dos jovens fosse usuário de maconha (n=54), todos os jovens do NM usavam maconha enquanto nove jovens do MSE não faziam uso dessa droga. Em uma análise de risco relativo o MSE apresentou uma chance significativamente menor de usar maconha (RR=0.463; $e^{0,34}$, $e^{0,62}$).

Não houve diferenças entre os grupos quanto ao uso de outras drogas (cigarro, álcool, cocaína crack, cocaína aspirada, ou outras). A maioria dos jovens não era usuário de cocaína fumada (crack) ou aspirada. Drogas injetáveis não foram reportadas nesta amostra e a única ocorrência de "outras drogas" corresponde ao uso de benzodiazepínicos. Em relação ao uso de álcool e a cigarro, observou-se que ainda que muitos bebam, a maioria não bebe (55,6%), enquanto que 79% são fumantes. A Tabela 1 traz mais detalhes sobre o que cada grupo relatou quanto ao tipo de droga usado.

Tabela 1

Tipo de droga usado pelo grupo de jovens em tratamento que cumpria medida sócio-educativa (MSE) e pelo grupo de jovens que não cumpria medida sócio-educativa (NM)

		Grupo	
		MSE (n=34)	NM (n=29)
Maconha	Sim	25	29
	Não	9	-
Cigarro	Sim	27	23
	Não	7	6
Álcool	Sim	13	15
	Não	21	14
Inalantes	Sim	18	6
	Não	16	23
Cocaína fumada (crack)	Sim	9	10
	Não	25	19
Cocaína aspirada	Sim	4	9
	Não	30	20
Outras drogas	Sim	-	1
	Não	34	28

Ocupação, escolaridade e renda familiar

Dos 26 jovens totalmente sem ocupação (sem estudar, sem trabalhar, sem envolver-se em projetos ou em comunidades terapêuticas), 18 pertenciam ao grupo MSE. Em contraste, dos 18 jovens que apenas estudavam, 13 pertenciam ao grupo NM. Estas diferenças foram provavelmente as responsáveis pela diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à ocupação ($\chi 2=27,5$; gl=1; $\alpha=0,04$). Sete estavam envolvidos em atividades em comunidades terapêuticas e todos estes pertenciam ao grupo NM. Dois jovens trabalhavam e estudavam e pertenciam ao grupo MSE.

Os grupos não diferiram quanto à renda familiar ou escolaridade. Dos 63 participantes, 23,8% cursaram entre primeira e quarta série do Ensino Fundamental, 43,9 cursaram entre quinta e sexta série, 22,2% entre quinta e oitava e 11,1% estavam no ensino médio.

Em relação à renda familiar, 10 não sabiam ou não queriam informar. Dos 53 que informaram este dado, 20% disse que a renda era de 300 reais ou menos; 33% informou que a renda familiar seria maior que 300 reais mas menor ou igual a 600 reais; 19% informou que a renda familiar seria maior que 600 reais mas menor ou igual a 1000 reais, e 12,7% informaram renda superior a 1000 reais (mas não maior que 3000 reais).

Tipo de ato infracional e reincidência

Apesar do grupo NM não realizar tratamento para uso de drogas por medida sócio-educativa, alguns jovens deste grupo relataram haver cometido atos infracionais como uso de drogas ou furto. Mas a maioria (n=24) não relatou qualquer ato infracional cometido. No grupo MSE, as medidas foram implementadas porque 35,3% havia cometido roubo, 11,8% havia cometido assalto a mão armada; 2,9%

haviam cometido agressão, 2,9% haviam apenas usado drogas e 35,3% havia cometido uma combinação destes atos infracionais. No MSE, 35,3% reportaram não haver reincidido no ato infracional, mas 41,2% reincidiram uma ou duas vezes.

Motivação para o tratamento

Os grupos não foram diferentes quanto ao estágio motivacional em que se encontravam. Os 63 participantes estavam mais próximos do estágio de contemplação, mas a diferença entre os estágios foi pequena. No estágio de pré-contemplação, a pontuação média foi 19,89 (dp=5,53), no estágio de contemplação, a média foi 28,29 (dp=3,17), no estágio de ação, a média foi de 27,02 (dp=3,94) e no estágio de manutenção, a média foi 24,89 (dp=5,02).

Quando os sujeitos foram classificados quanto ao estágio de motivação em que pontuavam mais na escala (quando houve empate, sempre se optou pelo estágio de menor motivação), também não houve diferença entre os grupos. Novamente, observou-se que a maioria dos 63 indivíduos encontrava-se no estágio de pré-contemplação (n=35) ou ação (n=14).

Primeira aplicação - Entrevista semi-estruturada

Foram entrevistados 25 jovens dentre os 63 que responderam ao URICA, sendo que 14 encontravam-se no grupo MSE e 11 no grupo NM. Estes jovens compõem também o grupo que respondeu à escala URICA.

As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo por duas estudantes de psicologia treinadas, que não participaram da coleta de dados e não sabiam qual grupo (MSE ou NM) ao qual pertenciam os entrevistados. O objetivo da entrevista foi obter mais dados a respeito do estágio de motivação para o tratamento no qual alguns dos participantes estariam e ilustrar os estágios com as verbalizações típicas desta população.

As entrevistas transcritas foram inicialmente submetidas à análise de conteúdo e, a seguir, as categorias emergentes foram classificadas de acordo com os estágios de motivação (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção). Finalmente, foi computada a freqüência de cada categoria no grupo MSE e no grupo NM. As Tabelas 2, 3, 4 e 5 apresentam estes dados.

Após esta classificação das respostas, as freqüências de cada estágio foram computadas para cada um dos sujeitos. Foram calculadas então as porcentagens correspondentes a cada estágio no total de categorias verbalizadas, chegando-se a uma proporção entre os estágios de modo que fosse possível analisar estes dados e comparar os grupos.

Os grupos não foram diferentes quanto aos estágios de pré-contemplação e manutenção, mas diferiram quanto ao estágio de contemplação ($\chi2=17,6$; $gl=1$; $\alpha=0,04$) e ação ($\chi2=7,6$; $gl=1$; $\alpha=0,01$). Observou-se que o grupo NM teve uma tendência maior de apresentar verbalizações classificadas como sendo do estágio de contemplação ($m=69,2$, $dp=16,8$) do que o grupo MSE ($m=49,14$; $dp=3,4$). Entretanto, no estágio de ação, apesar da proporção geral de respostas nesta categoria ser menor, observou-se que o grupo MSE tem uma tendência a apresentar mais verbalizações classificadas como sendo deste estágio ($m=5,9$; $dp=1,7$) do que o grupo NM, que não emitiu nenhuma verbalização correspondente a este estágio.

Tabela 2

Categorias emergentes da análise de conteúdo classificadas no estágio pré-contemplação (PC)

Nº	Estágio	Categoria	Participantes	N
2	PC	Encaminhamento via justiça	3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 9, 39, 38, 41, 42, 43	16
3	PC	Encaminhamento por outras fontes que não a justiça	1, 14, 16	3
4	PC	Declara a existência de comorbidade com o uso de drogas como motivo que o levou ao tratamento	10, 40	2
6	PC	Concepção de tratamento como vindo do exterior (por exemplo, o uso de fármacos, internação, etc.)	8, 39, 41, 44, 43	5
8	PC	Sente-se obrigado a freqüentar o tratamento	3, 4, 7, 14, 13, 15, 9, 10, 39, 38, 41, 42	12
9	PC	As drogas não são um problema	1, 15, 10, 36, 38, 40	6
11	PC	Não acha que precisa de ajuda/ tratamento em relação às drogas	4, 5, 7, 8, 42	5
14	PC	Não espera nada do local de tratamento	8	1
15	PC	Não estabelece tempo/não sabe dizer o tempo de tratamento	1, 4, 7, 11, 10, 35, 39, 41, 42, 44	10
17	PC	A vida hoje está bem	1, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 9, 35, 39, 40, 38, 41, 42, 43	16
20	PC	Não tem perspectivas para o futuro	8, 12, 15, 41	4
23	PC	Não acha o tratamento obrigado ruim	39, 38, 42	3
24	PC	Acha o tratamento obrigado ruim	3, 7, 13, 9, 35, 43	6
27	PC	Admite que ainda faz uso de drogas	7, 39, 38, 43	4
			Grupo MSE	59
			Grupo NM	34
			Total	93

Tabela 3

Categorias emergentes da aanálise de conteúdo classificadas como Estágio de Contemplação (C)

Categoria Nº	Estágio	Categoria	Participantes	N
1	C	Declara que o uso de drogas levou ao tratamento	2, 3, 7, 8, 10, 36, 38, 40, 42, 44, 43	11
5	C	Concepção de tratamento como sendo participante desse processo	1, 3, 7, 12, 14, 13, 15, 16, 9, 10, 35, 36, 39, 38, 40, 41, 43	17
7	C	Não se sente obrigado a freqüentar o tratamento	1, 5, 6, 8, 11, 12, 16, 35, 36, 40, 42, 44, 43	13
10	C	Acha que o uso de drogas é um problema	3, 4, 6, 7, 11, 12, 14, 13, 15, 16, 9, 10, 35, 36, 39, 41, 42,	17
12	C	Acha que precisa de ajuda/tratamento em relação às drogas	3, 11, 14, 15, 16, 35, 36, 39, 40, 41, 44, 43	12
13	C	Espera ajuda ou mudança do local de tratamento	3, 4, 6, 11, 12, 14, 13, 15, 16, 10, 35, 36, 39, 38, 40, 41, 42, 44, 43	19
16	C	Faz estimativa de tempo para o tratamento	8, 12, 14, 13, 15, 16, 9, 38, 40, 43	10
18	C	A vida sem drogas seria melhor	3, 42	2
19	C	A vida hoje está estranha/difícil/confusa	3, 13, 10, 36, 44	5
21	C	Tem perspectiva para o futuro	3, 4, 6, 7, 11, 14, 4, 9, 10, 35, 36, 39, 38, 40, 42, 44, 43	17
28	C	Acredita que ainda não é possível largar as drogas	15, 9, 36, 39, 42	5
29	C	Expressa desejo de ser ajudado	12, 13, 15, 44	4
30	C	Concepção de que tratamento é esquecer das drogas	41, 42	2
31	C	Percepção acerca da amplitude de sua dependência	11, 43	2
			Grupo MSE	68
			Grupo NM	68
			Total	136

Tabela 4

Categorias emergentes da análise de conteúdo classificadas como Estágio Ação (A)

Categoria Nº	Estágio	Categoria	Participantes	N
22	A	Explicita que quer largar as drogas	3, 6, 44, 9	4
25	A	Expressa desejo de parar com o uso	4, 41, 9	3
32	A	Percepção da dificuldade em não usar drogas	3, 44	2
34	A	O tratamento está ajudando	8	1
			Grupo MSE	10
			Grupo NM	0
			Total	10

Tabela 5

Categorias emergentes da análise de conteúdo classificadas como Estágio de Manutenção (M)

Nº	Estágio	Categoria	Participantes	N
26	M	Declara que não usa mais drogas	C04, N08	2
33	M	Acredita que não precisa mais de ajuda porque já parou com o uso de drogas	C04	1
			Grupo MSE	3
			Grupo NM	0
			Total	3

Sendo assim, um mesmo indivíduo apresenta verbalizações típicas de três estágios de motivação, por exemplo, o participante 3 (grupo MSE) inicia sua entrevista expressando sua indiferença e descrença em relação ao tratamento: *"Eu acho que mesmo eu tentando me ajudar, com isso que eu tô tendo, né?! Não... não é que eu precise dos outros, mas eu acho que não vai mudar... totalmente nada. Se mudar alguma coisa não vai ser por isso"*. Mais adiante, começa a contemplar a necessidade de ter ajuda para mudar: *"Eu acho que preciso de ajuda. E acho que sozinho eu não consigo"*, revelando sua ambivalência quanto à aceitação da medida *"Muitas vezes assim..., eu paro para pensar e vejo que é uma ajuda, mas muitas vezes eu... paro para pensar e penso que não é, né?! (...) Não adianta, assim, eu ir lá e conversar, fazer tudo isso, se... sabendo que... eu não vô tê aquele apoio todo? Com mim. Que eu vou sair dali, eu vou... eu vou poder mudar"*. Ao mesmo tempo, acredita que conseguirá mudar *"Daqui a um ano, eu espero já ter parado com as drogas. Que eu esteja... esteja estudando? Que eu também possa ajudar meus irmão e meu pais, minha madrasta (...) tanto fisicamente como, né, espiritualmente"*.

O participante 40 (NM) parece estar aproveitando o tratamento: "*[o uso de drogas] era um problema. Porque... eu acho que eu não tinha ninguém pra conversar comigo... eu, desabafá com alguém, eu não tinha lá, sabe..."*. O tratamento pode ser visto como uma atividade passiva "De repente vocês querem me ajudar (...) Qualquer jeito... o jeito que vocês fizerem (...) Pelo tempo que vocês decidirem" (participante 40, NM), ou participativa "Vir pra um grupo para ouvir as outras pessoas que tem mais ou menos o mesmo problema do que eu e também que precisasse fazer algum tratamento, né, tô aqui" (participante 43, MSE).

Quando se procurou identificar o estágio mais provável no qual o sujeito possa estar quanto a sua motivação para o tratamento de acordo com a entrevista, nenhum indivíduo de nenhum dos grupos teve uma proporção maior de respostas nos estágios de ação e manutenção. Como pôde ser observado nas Tabelas 2 a 5, estes foram os estágios que apresentaram as freqüências mais baixas, indicando que jovens em início de tratamento para uso de drogas têm a tendência de apresentar motivação variando entre os estágios de pré-contemplação e contemplação. Em uma análise de razão de odds o MSE apresentou uma chance 10 vezes maior do que o NM de estar no estágio de pré-contemplação (OR=10,0; $e^{0,995}$, $e^{100,5}$) e não no de contemplação.

Não foi encontrada uma correlação entre a identificação do estágio de motivação pela escala URICA e pela análise de conteúdo das entrevistas. Entretanto, encontrou-se uma correlação moderada quando foram levadas em conta as porcentagens de resposta em cada estágio nos dois instrumentos. Os estágios que apresentam correlação moderada entre os dois instrumentos foram o de pré-contemplação (r=0,31) e contemplação (r=0,36).

Reaplicação dos instrumentos URICA e Entrevista

Dos 25 entrevistados na primeira fase, 24 foram efetivamente contatados, mas foi possível reaplicar a escala URICA e a entrevista semi-estruturada em apenas sete destes participantes (2 MSE). Registrou-se que cinco indivíduos recusaram-se a retornar para a reaplicação da entrevista, apesar de haverem concordado inicialmente.

Pode-se apenas especular no momento a tendência da motivação para o tratamento com base no URICA. Observou-se que nenhum destes sete participantes pôde ter sua motivação classificada como estando nos estágios de pré-contemplação ou ação, pois as pontuações (e porcentagens) mais altas foram nos estágios de contemplação e ação. As médias da pontuação das repostas para cada estágio foram

13,9% (pré-contemplação, *dp*=4,5), 27,9% (contemplação, *dp*=5,1), 27,6% (ação, *dp*=4,2) e 24,1% (manutenção, *dp*=6,5).

Já na entrevista semi-estruturada, apenas dois sujeitos tiveram uma das verbalizações classificadas como ação (um disse que tem se esforçado para manter-se em tratamento e um relatou que o tratamento o ajudou a parar com o uso de drogas), mas o restante das verbalizações dos entrevistados ficou nos estágios de contemplação e pré-contemplação, nesta ordem por freqüência.

Foi difícil realizar a análise de conteúdo com este número escasso de entrevistas, bem como uma análise estatística dos dados do URICA. Entretanto, se a tendência se confirmar, pode-se esperar que aqueles que se engajaram no tratamento (6) ou engajaram-se em projetos sociais (1) tenha contribuído para a motivação destes jovens para a mudança.

Dos 17 que não participaram da segunda entrevista, 11 são do grupo MSE e seis são do grupo NM. Em conversas telefônicas com os adolescentes, locais de tratamento, pais, responsáveis ou com o PEMSE, foi possível obter algumas informações que podem ser úteis para montar este quebra-cabeça. Dois (MSE) estão em regressão de medida e abandonaram o tratamento, quatro (3 MSE) abandonaram o tratamento e não compareceram à entrevista agendada, um (NM) foi internado para tratamento de dependência química, um (MSE) abandonou o tratamento e está traficando, dois (NM) abandonaram o tratamento em uma comunidade terapêutica e voltaram para suas cidades de origem, dois (1MSE) estão morando na rua, e três (2NM) não responderam ao contato ou, 2 (2 MSE) não estão cumprindo a medida.

Avaliando estes dados em conjunto, pode-se dizer que aqueles que permaneceram em tratamento e responderam à segunda entrevista e estão mais motivados para a mudança do que quando da primeira entrevista. Apenas dois dos

sete adolescentes são do grupo MSE, indicando uma tendência do grupo NM a aderir ao tratamento ou outra estratégia de mudança: três começaram a trabalhar e três estão envolvidos em comunidade terapêutica e um inseriu-se em uma oficina de esporte e música. Os 17 que se recusaram a comparecer (9 MSE) não seguiram em tratamento e é impossível saber o resultado do encaminhamento para o tratamento três meses depois.

Discussão

Jovens em conflito com a lei, que cumprem tratamento como medida sócio-educativa parecem diferir muito pouco de outros jovens que não estão cumprindo medidas sócio-educativas. Todos os participantes desta pesquisa estavam em tratamento devido ao uso de drogas por algum tipo de coerção, seja do PEMSE (grupo MSE), seja da família, do conselho tutelar ou da escola (grupo NM). Nenhum havia procurado tratamento por iniciativa própria. Os grupos MSE e NM tinham aproximadamente a mesma idade, a mesma renda familiar e a mesma escolaridade. Os dois grupos não reportaram uso de drogas injetáveis, mas em se tratando de drogas "legais" (muito embora não devessem estar disponíveis para esta faixa etária), muitos fumam e uma menor quantidade faz uso do álcool. Mesmo aqueles que não cumprem medida sócio-educativa, ocasionalmente já cometeram um ato infracional. Pode-se, portanto, dizer que os grupos eram comparáveis.

Por outro lado, o cumprimento da medida sócio-educativa implica num envolvimento maior com o crime no grupo MSE, em especial roubo e uma combinação de roubo ou assalto à mão armada com uso de drogas. Além desta característica, pode-se observar que o grupo MSE tem uma tendência a não ter uma

ocupação e a envolver-se com inalantes, enquanto o grupo NM freqüenta a escola e envolve-se mais com o uso da maconha.

Em relação à motivação para o tratamento, a medida sócio-educativa parece não ser diferente de outras formas de coerção, como a família, o Conselho Tutelar ou a escola. Entretanto, destaca-se que embora não seja mais motivadora para o tratamento, a Medida Sócio-educativa desempenha um papel importante na mudança de comportamento de jovens que não dispõem de uma coerção da família ou outras formas de encaminhamento. Isto porque muitos estão sem ocupação e fora da escola.

Em especial na escala URICA, observou-se que tanto MSE quanto NM estavam no estágio de pré-contemplação ou ação. Isto contrastou com os resultados da análise de conteúdo das entrevistas, que mostrou uma concentração de verblizações nos estágios iniciais de motivação (pré-contemplação e contemplação). Não houve uma correlação robusta entre os resultados dos dois instrumentos, mas uma correlação moderada entre os estágios de pré-contemplação e contemplação. Ou seja, houve uma concordância da escala e da entrevista em relação a estes dois estágios.

As entrevistas foram utilizadas justamente com o intuito de fornecer mais dados para a interpretação dos resultados da escala. A concentração das verbalizações nos estágios de contemplação e ação indica que a fase inicial do tratamento para o uso de drogas requer intervenções voltadas para o fortalecimento da motivação para a mudança, essencial para a intervenção terapêutica. Por outro lado, quando as categorias da análise de conteúdo foram classificadas quanto ao estágio mais representativo de cada indivíduo, observou-se que a maioria estaria no estágio de pré-contemplação ou contemplação e que o grupo MSE tem a tendência de estar no estágio de pré-contemplação, ou seja, com maior necessidade de uma intervenção específica para melhorar sua motivação.

Estas diferenças de resultado entre os instrumentos indicam provavelmente que ao responder a uma escala, o indivíduo apenas concorda com uma afirmativa, mas que esta concordância não necessariamente reflete todas as nuances de sua motivação. Esta população tem uma realidade

A resistência em admitir problemas com o uso de drogas, associada à crença de onipotência (Noto & Silva, 2002) dificulta o reconhecimento da dependência (Ramos & Woitowite, 2004). Acredita-se que esta ambivalência se expressa na dificuldade em identificar o estágio motivacional destes jovens, que por vezes é de contemplação e ação e por vezes é de pré-contemplação.

Em conclusão, pode-se dizer que adolescentes em tratamento para o uso de drogas que cumprem medidas sócio-educativas em Porto Alegre têm uma chance maior de não ter uma ocupação (não trabalham, não estudam), serem usuários de inalantes e precisarem de uma intervenção um pouco mais dirigida a motivá-los para a mudança se comparados a adolescentes em tratamento que não cumprem estas medidas. Entretanto, ambos os grupos estão pressionados por fatores externos (PEMSE, família, Conselho Tutelar, escola) e não procuraram tratamento por iniciativa própria. Esta coerção parece produzir uma ambivalência quanto à necessidade e a importância da mudança e por isso o início do tratamento é um momento propício para uma intervenção dirigida à motivação para todos estes adolescentes. A resistência em admitir o uso de drogas dificulta aceitar ajuda, tanto no grupo MSE quanto NM. Entretanto, deve-se observar pelo conteúdo das entrevistas que a motivação não é uma característica ou estado estanque (Miller & Rollnick, 2001). Estes jovens estão em um estado maleável, flexível, em que uma intervenção apropriada poderá mobilizá-los para a mudança em relação ao uso de drogas e o

envolvimento com atos infracionais, o abandono da escola e os conflitos com a família.

O acompanhamento destes indivíduos três meses mostrou-se mais difícil do que planejado no projeto original, mas já foi possível observar que pelo menos aqueles que aceitaram ser entrevistados novamente haviam progredido em sua motivação para a mudança, pois nenhum deles está no estágio de pré-contemplação. Esta aceitação provavelmente deve-se ao fato de que estes participantes engajaram-se no tratamento ou em outra estratégia de mudança. Entretanto, as histórias daqueles que se recusaram a voltar a conversar com as entrevistadoras não tiveram um desfecho tão promissor. Houve abandono de tratamento e em alguns casos o agravante de medida (no grupo MSE).

Observando-se o estágio de motivação entre a primeira e a segunda aplicação da escala URICA, nenhum dos sujeitos que compareceram à reaplicação estava no estágio de pré-contemplação na primeira entrevista, sendo que três estavam no estágio de contemplação e quatro no estágio de ação. É possível que estes indivíduos já estivessem motivados para o tratamento inicialmente e isso favoreceu o desfecho. Entretanto, verbalizações típicas do estado de pré-contemplação estiveram presentes nas entrevistas, muito embora as de contemplação tenham sido mais numerosas.

Talvez seja possível incrementar a adesão dos adolescentes ao tratamento pelo uso de estratégias específicas, como a entrevista motivacional, entre outras. Elas seriam um meio de ajudar as pessoas a reconhecerem e fazerem algo a respeito de seus problemas presentes ou potenciais, criando uma abertura para a mudança, além de conceder-lhes um impulso motivacional. É possível que outras estratégias de inserção social sejam tão efetivas quanto ou complementares ao tratamento. Voltar à escola, inserir-se no mercado de trabalho (para adolescentes maiores 16 anos),

participar de oficinas e outras formas de participação e pertencimento comunitário. Mais estudos são necessários para determinar se um tipo específico de intervenção é mais bem-sucedido do que outros na melhoria da motivação para o tratamento nesta população vulnerável.

Referências

Davidson, R. (1997). Questões motivacionais no tratamento do comportamento aditivo. Em G. Edwards e C. Dare (1997). *Psicoterapia e tratamento de adições* (trad. M. A V. Veronese). (pp. 159-172). Porto Alegre: Artes Médicas.

Diclemente, C. (2001). Entrevista Motivacional e os estágios de mudança. Em W. R. Miller e Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional* (trad. A. Caleffi e C. Dornelles). (pp. 171-180). Porto Alegre: Artes Médicas.

Figlie, N. B. e Laranjeira, R. (2004). Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. Em *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(I), 63-67.

Gossop, M. (1997). Tratamentos Cognitivos e Comportamentais para o Uso Inadequado de Substâncias. Em Edwards G. e Dare C. (1997). *Psicoterapia e Tratamento de Adições* (trad. M. A. V. Veronese) (pp. 146-158). Porto Alegre: Artes Médicas.

Jungerman, F. S. e Laranjeira, R. (2001). Entrevista Motivacional A teoria e uma Experiência de sua Aplicação em Grupos. Em G. R. A. Focchi, M. C. Leite, R. Laranjeira e A. G. Andrade (2001). *Dependência química: novos modelos de tratamento* (pp.19-47). São Paulo: Roca.

Miller, W. R. e Rollnick, S. (2001). Princípios da Entrevista Motivacional. Em W.R. Miller e S. Rollnick (2001). *Entrevista Motivacional Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos* (pp.61-70). Porto Alegre: Artes Médicas.

Noto, A. R. e Silva, E. A. (2002). Dependência química, adolescência e família. Em S. H. Koller (org.) (2002). *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas* (pp. 92-98). Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia.

Pechansky, F., Szobot, C. M. & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemológicas e fatores etiopatogênicos. Em *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(I), 14-17.

Ramos, S. P. & Woitowitz, A. B. (2004). Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. Em *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(I), 18-22.

Sutton, S. (1997). Os "Estágios de Mudança" Podem Orientar o Tratamento das Adições? Um Exame Crítico do Modelo de Prochaska e DiClemente. Em G.

Edwards e C. Dare (1997). *Psicoterapia e tratamento de adições* (trad. M. A V. Veronese). (pp. 173-188). Porto Alegre: Artes Médicas.

Silva, R. O., Bardou, L. A., Freitas, C. S. & Fensterseifer, G. P. (2002). Justiça terapêutica um programa judicial aos infratores envolvidos com drogas. Em: Álcool, outras drogas, informações: o que cada profissional precisa saber. São Paulo: Casa do Psicólogo, 213-222.