

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA
MESTRADO E DOUTORADO

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO EFEITO DE UM JOGO
TERAPÊUTICO PARA JOVENS USUÁRIOS DE DROGAS**

ANNA VIRGINIA WILLIAMS

FLÁVIO PECHANSKY

Orientador

Porto Alegre, Março de 2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA
MESTRADO E DOUTORADO

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO EFEITO DE UM JOGO
TERAPÊUTICO PARA JOVENS USUÁRIOS DE DROGAS**

ANNA VIRGINIA WILLIAMS

FLÁVIO PECHANSKY

Orientador

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Março de 2006

Catálogo-na-Publicação

W721 Williams, Anna Virginia
Desenvolvimento e avaliação do efeito de um jogo terapêutico para
jovens usuários de drogas / Anna Virginia Williams. - 2006.
175 f.

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências
Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
Orientador: Prof. Dr. Flávio Pechansky.

1. Abuso de drogas 2. Adolescência 3. Estudos de intervenção : Métodos
terapêuticos I. Pechansky, Flávio II. Título

NLM WM 270

(Bibliotecária responsável: Elise Maria Di Domenico Coser - CRB-10/1577)

*"Algo que aprendi em uma longa vida: toda nossa ciência,
medida contra a realidade, é primitiva e infantil –
e ainda assim, é a coisa mais preciosa que temos"*

Albert Einstein

*A minha querida mãe
Clara Virginia Warth Jeffman,
com muito amor e gratidão.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. Flávio Pechansky, pelo acolhimento e por sempre acreditar no meu potencial; também agradeço pela disponibilidade e por todo incentivo para o meu futuro profissional.

Às colegas e amigas Francine Port, Sibebe Faller, Viviane Rodrigues, Luisa Soriano pela dedicação na coleta de dados feita com muito cuidado e profissionalismo.

Em especial, agradeço a minha grande amiga, Elisabeth Meyer que esteve sempre ao meu lado, desde o início do estudo até a conclusão, com o seu jeitinho simples e motivacional de ser!

À nova amiga Cláudia Szobot pela disponibilidade no piloto e pelas indicações dos voluntários.

À Daniela Benzano pela divertida análise dos dados.

Às secretárias da CPAD e PRODAH, Caroline Lima e Clarissa Fernandes Paim pelo apoio e paciência durante a coleta de dados.

Ao André Korzenowski pela cuidadosa entrada dos dados.

À Elisa do setor de comunicação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que foi indispensável no recrutamento dos sujeitos.

Aos membros do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas pelo aprendizado e sugestões durante o estudo.

À Dr^a. Maria Lúcia Nunes Tielle, Dr. Wayne Velicer, Dr. Carl Leukfeld, Dr. André Malbergier, pelas supervisões e sugestões.

À Maria Emília Barcellos Silva pela indispensável e preciosa revisão do português.

A minha amiga e comadre Alessandra Bianchi pelas valiosas sugestões teóricas, revisão do texto e orientações.

Aos meus verdadeiros mestres: minha querida família espalhada pelo mundo!

Em especial, agradeço aos que me acompanham mais de perto: minha admirável mãe Clara Virginia, meu pai brasileiro Jayme, e minha querida avó Doroty, pelo apoio, amor e incentivo incondicional.

Também agradeço ao meu namorado Xavier pela motivação e carinho em todos os momentos.

Agradeço aos voluntários e seus familiares que possibilitaram a realização desse estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS pela oportunidade e pelo aprendizado.

Agradecimento à CAPES pela bolsa proporcionada durante o curso de mestrado.

RESUMO

O uso de substâncias psicoativas está em crescimento no mundo, sendo grande a sua prevalência na população jovem. A adolescência é conhecida por ser um período de vulnerabilidade para o uso de drogas, e os danos em consequência do seu uso são de forte impacto na vida dos adolescentes. Portanto, devem ser intensos os investimentos em intervenções para essa condição. Recentemente, algumas intervenções focadas em habilidades cognitivas têm sido incorporadas aos tratamentos, como, por exemplo, o treinamento de habilidades de enfrentamento e de estratégias de recusa à oferta de drogas. Nessa perspectiva, o desenvolvimento de jogos terapêuticos que possam promover tais habilidades é uma alternativa inovadora e dinâmica para o tratamento de adolescentes usuários de drogas.

A presente dissertação, composta por dois artigos, teve por objetivo desenvolver um jogo terapêutico para jovens usuários de drogas e avaliar o seu efeito. Intitulada “O Jogo da Escolha”, essa técnica pretende, de uma forma lúdica e atrativa, abordar crenças típicas de jovens com problemas com drogas e promover estratégias de enfrentamento para situações e pensamentos que os coloquem em risco para recaída.

O processo de desenvolvimento do “O Jogo da Escolha” está descrito no primeiro artigo. Essa fase constituiu-se da elaboração, da adaptação da linguagem e das instruções do jogo. Para tanto, foram realizados grupos focais com pacientes ambulatoriais de um Centro para tratamento de dependência química em Porto Alegre. As sugestões obtidas nesses grupos foram submetidas à avaliação por profissionais especializados em dependência química; também foi realizada a avaliação do conteúdo da técnica e da organização de uma seqüência de apresentação das cartas do jogo. Um estudo piloto do

jogo possibilitou modificações finais nas instruções, e no formato de aplicação, chegando à versão atual do “Jogo da Escolha”.

A avaliação do efeito dessa versão, que constituiu o segundo artigo, foi realizada através de um quase-experimento. Os sujeitos foram recrutados por anúncio de jornal e rádio, e 110 sujeitos preencheram os critérios de inclusão e exclusão, permanecendo no estudo 32 jovens, com idade média de 19 anos, sendo 91% do sexo masculino e 96,9% apresentava dependência de substâncias e uso frequente de *crack* e maconha. Os sujeitos foram submetidos a uma entrevista inicial que avaliou além do uso de drogas, pensamentos a respeito das vantagens e desvantagens de usar drogas, e motivação para cessar o consumo. Após a entrevista, eles participaram de três sessões individuais do “Jogo da Escolha”, com um intervalo de sete dias entre cada aplicação. Na última semana, os sujeitos retornaram para a avaliação final, quando lhes foram reaplicados os instrumentos.

Os achados sugeriram que após a intervenção os sujeitos apresentaram um aumento na motivação, movendo-se do estágio de “Ambivalência” para o estágio de “Ação”; 27,6% da amostra moveu-se nessa direção ($p=0,01$). Eles também diminuíram os dias de uso de *crack* e de maconha no mês. No caso de *crack*, passou de, em média, 10 para 6 dias ($p=0,017$) e de maconha, em média, 18 para 12 dias ($p=0,01$); não houve decréscimo significativo no uso de álcool e de outras drogas. Além disso, a auto-eficácia, aferida através de uma escala de 0 a 10 para a pergunta “o quanto você se sente capaz de parar de usar drogas?”, aumentou significativamente de uma média de 6,8 para 7,6 ($p=0,31$); A intervenção, todavia, não mostrou efeito na pontuação da Balança Decisional.

Os achados indicam que o “Jogo da Escolha” se presta para motivar pacientes que estão ambivalentes em relação a parar de usar drogas, aumentar o seu senso de auto-eficácia e efetivamente diminuir o uso droga. Portanto, o jogo terapêutico pode ser ou indicado para ser aplicado no início do tratamento, como um motivador, ou como um pré-

tratamento para pacientes que estão em uma lista de espera de atendimento. No entanto, são necessários novos estudos para testar os efeitos específicos da intervenção.

Palavras-chaves: uso de drogas, jovens, intervenção, jogo terapêutico, estratégias de enfrentamento.

ABSTRACT

The use of psychoactive substances is growing in the world, being highly prevalent in the young population. Adolescence is known as being a vulnerable period for the use of drugs and the damages due to that use are of strong impact in the youth's life. Therefore, great investments in interventions should be done to mitigate that condition. Recently, some interventions focusing in cognitive skills have been incorporated to treatments such as, the training of coping, social and refusal skills. In this perspective, the development of therapeutic games that can promote those skills is an innovative and dynamic alternative for the treatment of adolescent drug users.

The present dissertation is composed of two articles aimed at developing a therapeutic game for young drug users and evaluating its effect. It is entitled “The Game of Choice” this technique intends, in a playful and attractive way, to approach the typical beliefs of the youth population with drug problems and promote coping skills for situations and thoughts that put them at risk of relapse.

The development process of the “Game of Choice” is described in the first article. This phase constituted of the elaboration, adaptation of the language and instructions of the game. For that, focal groups were conducted with outpatients of a drug dependence treatment Center of Porto Alegre, Brazil. The suggestions obtained in those groups were submitted to the evaluation of addiction specialists. An evaluation of the technique's content and of the presentation sequence organization of the card game was also conducted. From a pilot study final modifications in the instructions and in the applicati format were done, and the present version of “The Game of Choice” was obtained.

The evaluation of the effect of that version, which constitutes the second article, was accomplished through an open trial. Subjects were recruited by newspaper and radio

announcement, and 110 subjects were screened, remaining 32 youngsters in the study, with a mean age of 19, being 91% male; 96.9% presented substance dependence and frequent use of crack and cannabis. The subjects were submitted to an initial interview which evaluated the use of drugs, thoughts regarding the advantages and obstacles of drug use and the motivation to interrupt consumption. After the interview, they received three individual sessions of the Game of Choice, with the interval of seven days between each application. In the last week, the subjects returned for the final evaluation, where the instruments were reapplied.

The outcomes indicate that after the intervention 27.6% of the subjects presented a significant increase in motivation, moving from the ambivalence to the action stage ($p < 0.01$). They also significantly decreased the use of crack-cocaine and cannabis in days/month, from a mean of 10 to 6 days ($p = 0.017$) and 18 to 12 days ($p = 0.01$), respectively; there was no significant decrease in alcohol use or other drugs. Besides that, their self-efficacy verified through a scale from 0-10 for the question “how capable do you feel to quit drug use?” significantly increased from a mean of 6.8 to 7.6 ($p = 0.03$). The intervention, however, did not show to have effect in the Decisional Balance.

The findings indicated that the “Game of Choice” is useful to motivate patients who are ambivalent in relation to stop using drugs, increasing their self-efficacy and effectively reducing drug use. This game would be suitable for application in the beginning of treatment, or as a pre-treatment for patients that are in a waiting list for treatment.

Key Words: drug use, youths, intervention, therapeutic game, coping strategies.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS - Organização Mundial da Saúde

CPAD - Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas

SPA - Substâncias Psicoativas

DALYs - *Disability- Adjusted Life Years*

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

AIDS - Síndrome da Imuno Deficiência Humana Adquirida

DSM-IV-TR - *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders- IV revision*

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças- 10ª revisão

AAP - *American Academy of Pediatrics*

TCC - Terapia Cognitivo-comportamental

PR - Prevenção da Recaída

M - Média

MD - Mediana

DP -Desvio-padrão

AIQ - Amplitude Interquartis

SOCRATES- *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*

ASI - *Addiction Severity Index*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Prevalências e Conseqüências do Uso de Álcool e Droga.....	14
1.2. Especificidade do Diagnóstico dos Transtornos Adictivos na Adolescência.....	19
1.3. O Uso de Drogas na Adolescência: Fatores de Risco e Proteção.....	20
1.4. O Tratamento dos Transtornos por Uso de Substâncias.....	23
1.5. Jogos Terapêuticos.....	29
2. JUSTIFICATIVA GERAL DO ESTUDO.....	32
3. OBJETIVOS.....	34
3.1. Objetivo Geral.....	34
3.2. Objetivos Específicos.....	34
4. ARTIGO 1.....	35
<i>“Desenvolvimento de um Jogo Terapêutico para Prevenção da Recaída e Motivação para Mudança em Jovens Usuários de Drogas”</i>	
5. ARTIGO 2.....	60
<i>“Avaliação do Efeito de um Jogo Terapêutico Visando Prevenção da Recaída e Motivação para Mudança em Jovens Usuários de Drogas”</i>	
6. ARTIGO 2 (Versão em inglês para publicação).....	98
<i>“Evaluation of the effects of a Therapeutic Game aimed at Relapse Prevention and Motivation for Change in Young Drug Users ”</i>	
7. CONCLUSÃO E COMENTÁRIOS.....	132
8. RECOMENDAÇÕES.....	135
REFERÊNCIAS.....	137
ANEXOS.....	142

1. INTRODUÇÃO

As substâncias psicoativas (SPA) que alteram as percepções, sentimentos e comportamentos, fazem parte da história da humanidade desde a Antigüidade, assumindo diferentes funções dentro das mais diversas culturas. As SPA já foram utilizadas em rituais religiosos, festas, para medicação e, inclusive, na preparação para a guerra. Há referência ao uso de álcool já na era paleolítica e é, na civilização mesopotâmica, que se acha uma das primeiras descrições de intoxicação (Westermeyer, 1991). Foram encontradas evidências do uso do ópio desde os primeiros escritos dos povos da China e do Egito; também nas civilizações Maias, Astecas e Incas, foi possível constatar o uso de drogas para medicação e rituais (Westermeyer, 1991). Entretanto, o uso dessas substâncias foi muito além dos rituais e das tradições, tendo sido evidenciado nas décadas de 60 e 70 um considerável aumento do consumo de drogas, em especial, pela população jovem (Laranjeira, 2002). O uso de drogas na adolescência passou a ser alvo de uma constante preocupação social, motivado pelas conseqüências paralelas que traz, como, criminalidade, acidentes de trânsito, comportamento anti-social e abandono escolar.

As seções a seguir traçam uma visão geral do uso de SPA, com ênfase, no uso de drogas ilícitas pelos jovens. Primeiramente, será dado um panorama da prevalência uso de drogas no território internacional e nacional; posteriormente, serão abordadas questões referentes ao diagnóstico dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas na adolescência, os fatores de risco e de proteção. Por fim, será dissertado a respeito da eficácia dos tratamentos em dependência química, as abordagens terapêuticas e as novas técnicas e perspectivas nessa área.

1.1 Prevalências e Conseqüências do Uso de Álcool e Drogas

O uso de álcool e de drogas ilícitas está em crescimento no mundo. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 3,3 e 4,1% da população mundial consome algum tipo de droga ilícita, sendo estimados em 2,5% os usuários de maconha. O uso de substâncias lícitas é responsável por muitos prejuízos; o uso de álcool e de tabaco estão entre os cinco grandes fatores de risco para doença no mundo (Saraceno & Monteiro, 2003), dado a ser constatado também pelo *Disability- Adjusted Life Years* (DALYs), que é um cálculo realizado pela OMS que adiciona os anos de vida produtivos perdidos em função da mortalidade e da incapacidade causadas por diversas doenças no mundo. Segundo o relatório da OMS de 2002, o uso de tabaco foi responsável por 4,1% dos anos totais de vida perdidos, o uso de álcool foi responsável, por 4%, e as drogas ilícitas, por 0,8% (World Health Organization, 2002).

A maconha é a substância ilícita mais consumida no mundo, seguida das anfetaminas, cocaína e opióides (Organização Mundial da Saúde, 2004). O alto consumo de maconha pode ser devido à errônea percepção de que essa substância não traga prejuízos severos ao indivíduo (Kaminer, 2002); todavia, são cada vez maiores as evidências científicas de que o uso da maconha pode acarretar danos severos à saúde física, cognitiva e psicológica (Hall, & Solowij, 1998; Kalant, 2004).

Nos Estados Unidos existem dados epidemiológicos produzidos por grandes estudos como o “*Monitoring the Future*”, “*National Household Survey on Drug Abuse*” e o “*Youth Risk Behavior Survey*”, que apresentam de forma clara as prevalências do uso de drogas naquele país. Em relação ao uso de álcool, em uma pesquisa que utilizou dados dos dois primeiros estudos citados, observou-se que as taxas de uso de álcool se apresentaram altas entre estudantes universitários: cerca de 2 em 5 universitários americanos apresentam um consumo de bebidas pesado (cinco ou mais drinques consumidos de uma vez nas

últimas duas semanas) (O'Malley & Johnston, 2002). O estudo de Sloboda (2002), verificando as mudanças nos padrões de consumo de drogas nos Estados Unidos, apontou um declínio na idade média em que os jovens americanos estão-se iniciando no uso de SPA e um aumento no número de adolescentes que estão reportando uso de drogas (Sloboda, 2002). Ademais, esse mesmo estudo identificou que novos padrões de abuso estão emergindo nos últimos anos, com a ascensão do *flunitrazepam*, do uso de *crack* injetável e da difusão das metanfetaminas.

Na Europa, isoladamente, o uso de álcool foi responsável por 55 mil mortes de jovens entre 15 e 29 anos, no ano de 1999 (Saraceno & Monteiro, 2003). Um estudo avaliando o consumo de drogas na população geral na Noruega e em países da União Européia estimou a prevalência de transtornos relacionados ao uso de *cannabis* em mais de 3%, e, em relação a outras drogas (opióides, cocaína e anfetaminas) variando de 0,3% e 0,9%. Os jovens de 18 a 25 anos fazem parte do grupo etário com taxas mais altas de uso de drogas (Rehm, Room, Brink, & Kraus, 2005). Na Grã-Bretanha, o consumo de álcool *per capita* cresceu 50%, desde 1970 (Haw, Hawton, Casey, Bale, & Shepherd, 2005). Na revisão de London (2005) verificou-se que o consumo de drogas também apresentou um aumento entre os britânicos (London, 2005). Na França, um estudo com 860 sujeitos de amostras não-clínicas reportou 12,4% de uso de drogas ilícitas, dos quais 24,3% possuíam critérios para a dependência ou para o abuso de drogas. Ainda nesse estudo, o grupo com idades compreendidas entre 15 a 24 anos apresentou maior prevalência (12,7%) quando comparado ao grupo de idades entre 24 a 49 anos (5,7%) (Nezelof et al., 2001). Faz-se importante considerar que a Europa e os Estados Unidos apresentam grandes problemas relacionados ao consumo de heroína (Fhima, Henrion, Lowenstein, & Charpak, 2001) e de drogas sintéticas (Galliot-Guilley, 2004), também conhecidas como “*club drugs*”, ainda de uso não tão freqüentes na América Latina.

Quanto ao Brasil, pode-se obter um panorama do uso de drogas no País através dos levantamentos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). No seu “IV Levantamento sobre Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras”, o consumo de SPA apresentou um gradual aumento, ao longo de dez anos, entre 1987 e 1997, tanto no “uso na vida” como no uso “freqüente” (mais de três vezes na semana) (Noto, Nappo, Galduróz, Mattei, & Carlini, 1997). Nesse mesmo estudo, na análise das tendências do uso freqüente das cinco primeiras drogas mais consumidas, foi evidenciado um significativo aumento no uso reportado de maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e cocaína; apenas o uso de solventes não sofreu acréscimo similar. Já o “I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas Psicotrópicas no Brasil de 2001, em 107 cidades brasileiras” (CEBRID), indicou que a prevalência de “uso na vida”, nas faixas etárias de 12 a 17 anos e de 18 a 24 anos, foi respectivamente de 48,3% e 73,2% de álcool, 15,7% e 37,7% de tabaco, 3,5% e 9,9% de maconha, 0,5% e 3,2% de cocaína, 3,4% e 7,1% de solventes. Quanto à prevalência de dependência nessas mesmas faixas etárias esta foi, respectivamente, de 5,2% e 15,5% de álcool, 2,2% e 8,4% de tabaco, 0,6% e 2,5% de maconha (a prevalência de dependência de cocaína e solventes foi muito baixa se considerada por faixas etárias) (Carlini, Galduróz, Noto, & Nappo, 2002). Pode-se observar, a partir dessas taxas, que ocorre um considerável aumento nas prevalências de uso de todas as drogas na faixa etária dos 18 a 24 anos, quando comparadas com as prevalências de 12 a 17 anos.

Um estudo de Muza, Bettioli, Muccillo & Barbieri, (1997) com escolares brasileiros indicou que álcool e tabaco são as substâncias mais consumidas por essa população. A terceira posição no consumo é assumida pelos solventes em Estados com condições econômicas menos privilegiadas e pela maconha em Estados com melhores condições econômicas, como é o caso do Rio Grande do Sul.

Com relação à Região Sul, retornando aos dados do I Levantamento Domiciliar, pode-se verificar que jovens de 12 a 17 anos e de 18 a 24 anos apresentam respectivamente 4,5% e 14,8% de dependência de álcool e 1,8% e 12% de dependência de tabaco, além de 3,6% e 16% de relato de uso na vida de maconha (Carlini, Galduróz, Noto, & Nappo, 2002). Observa-se que todas as prevalências de 18 a 24 anos dos jovens da Região Sul apresentam-se superiores às prevalências nacionais da mesma faixa etária, expostas no parágrafo anterior. Em 2002, os dados da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) relataram que a cidade de Porto Alegre apresenta o maior consumo regular de drogas lícitas e ilícitas do País (UNESCO, 2002). Corroborando esses dados, um estudo realizado com estudantes de Porto Alegre indicou que os jovens das escolas públicas estão fumando seis vezes mais maconha e consumindo vinte e três vezes mais cocaína do que há 15 anos (Saibro & Ramos, 2003). Outro problema grave que tem afetado os jovens de Porto Alegre é a disseminação do consumo de *crack* (Leukefeld et al., 2005), uma droga barata (de R\$ 5,00 a R\$ 15,00 a pedra), de altíssimo poder dependógeno (Pechansky, Benzano, & Diemen, 2005), e que produz um impacto criminal, psicológico e familiar ainda não devidamente analisado pela literatura científica.

Segundo a OMS, os principais efeitos nocivos do consumo de SPA podem ser divididos em quatro categorias (Organização Mundial da Saúde, 2004): na primeira, estão os efeitos crônicos para a saúde (como a cirrose pelo uso de álcool, enfisema pulmonar pelo uso de tabaco e AIDS e soropositividade de HIV pelo uso de drogas injetáveis). Na segunda categoria, estão os efeitos biológicos graves de curto prazo (como a *overdose*, acidentes de trânsito, prejuízo na concentração e na coordenação física, entre outros). Na terceira categoria, estão incluídos os efeitos graves à sociedade, tais como detenções ou

separações abruptas. Na última categoria, estão os problemas sociais crônicos, como a incapacidade para o trabalho.

Em especial, o consumo de drogas na adolescência pode trazer, em uma fase da vida em que se espera amplo desenvolvimento, prejuízos que provoquem estagnação e obstáculos severos para o crescimento e maturação do indivíduo. Miller, Gold e Mahler (1991) referem que o uso de SPA afeta a cognição, a capacidade de julgamento, o humor e as relações interpessoais, áreas que já são instáveis na adolescência (Miller, Gold, & Mahler, 1991). Esses danos, além de se refletirem no baixo desempenho escolar, podem resultar em prejuízo na formação da personalidade. Sobre o desempenho escolar, na pesquisa conduzida por Tavares, Béria e Lima (2001), foi encontrada uma associação positiva entre a prevalência do uso de drogas e o baixo desempenho escolar entre adolescentes de 10-19 anos de escolas públicas e particulares da zona urbana de Pelotas. Os resultados apontaram um risco duas vezes maior para uso de drogas em alunos que faltaram a nove ou mais aulas nos trinta dias prévios à coleta de dados e também para aqueles que haviam sido reprovados três ou mais vezes de ano (Tavares, Béria, & Lima, 2001).

À lista de prejuízos decorrentes do consumo de drogas, acrescentou-se, nesta última década, o da transmissão do vírus HIV. O uso de drogas injetáveis é um dos principais fatores que contribuem para a disseminação do HIV em muitos países, principalmente os da Europa e da Ásia (Saraceno & Monteiro, 2003). No Brasil, em um estudo de Bassols e cols. (2002) sobre o uso de drogas entre os adolescentes que realizavam o teste anti-HIV em um centro de testagem gratuita de Porto Alegre, foi identificado que 6,43% da amostra pesquisada era HIV positiva, sendo 4,8% do sexo masculino e 7,4% do sexo feminino. Nesse mesmo estudo, verificou-se que 5,7% dos usuários de álcool e 11,5% dos usuários

de maconha eram soropositivos, o que ilustra uma forte propensão à exposição a risco sexual nesta faixa etária e, em espacial, nos usuários de SPA (Bassols et al., 2002).

1.2. Especificidade do Diagnóstico dos Transtornos Aditivos na Adolescência

A dependência de substâncias é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos crônicos e recorrentes, causado pelo uso continuado de substâncias psicoativas apesar dos problemas significativos relacionados ao seu uso. O consumo repetido de SPA pode resultar em sintomas de dependência física (tolerância¹ e abstinência²) e de comportamentos compulsivos de consumo de drogas. O padrão de uso compulsivo é caracterizado pelo forte desejo de consumir a substância (fissura³), dificuldades de controlar o uso (consumir mais do que pretendia), negligência de outras atividades e interesses em favor do uso ou da procura pela drogas (diminuição do repertório de atividades) e consumo continuado da SPA a despeito dos problemas físicos e psicológicos conseqüentes do uso (American Psychiatric Association, 1994; 2000). Os critérios diagnósticos para transtornos por uso de substâncias são classificados pelo *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders- IV* (DSM-IV-TR) como dependência ou abuso (American Psychiatric Association, 1994), e pela Classificação Internacional de Doenças- 10ª revisão (CID-10) como síndrome de dependência e uso nocivo (Organização Mundial da Saúde, 1997). No entanto, quando se trata de adolescentes, os critérios desses manuais devem ser analisados com cautela, pois eles não levam em consideração as especificidades dessa faixa etária.

¹ Tolerância é definida como uma “necessidade de crescentes de quantidades da substância para atingir a intoxicação (ou efeito desejado) ou um efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade da substância.” DSM-IV-TR p. 172 (American Psychiatric Association, 1994)

² Abstinência é definida como uma “alteração mal-adaptativa comportamental, com elementos fisiológicos e cognitivos, que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue e tecidos declinam em um indivíduo que manteve um uso pesado e prolongado da substância.” DSM-IV-TR p. 174 (American Psychiatric Association, 1994)

³ “Fissura é um forte impulso subjetivo para usar a substância.” DSM-IV-TR p. 172

A *American Academy of Pediatrics* (AAP) propõe seis estágios de envolvimento do adolescentes com SPA: abstinência, uso experimental ou recreacional (geralmente limitado ao álcool), abuso inicial, abuso, dependência e recuperação (AAP,1996) Essa classificação é bastante adequada porque contempla situações que podem ser naturais para um adolescente como, por exemplo, a experimentação, uma vez que a maioria dos adolescentes que experimentam alguma substância não se torna dependente da mesma (Kaminer, 2002). Os estágios da AAP também permitem diagnosticar o abuso inicial, quando os primeiros prejuízos começam a surgir em função do uso das drogas. Nesse momento, medidas terapêuticas adequadas podem prevenir maiores danos futuros ao jovem (Pechansky, Szobot, & Scivoletto, 2004).

Em 1999, Winters, Latimer e Stinchfield realizaram a comparação dos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno por uso de álcool e cannabis com o seu precedente DSM-III-R, no intuito de examinar a validade dos novos critérios para adolescentes usuários de drogas. Os resultados desse estudo foram favoráveis à validade dos critérios do DSM-IV-TR para adolescentes, apesar de ter sido encontrada uma grande heterogeneidade comportamental nos jovens que fecharam os critérios para abuso. Os autores reafirmaram que há pouco consenso nos critérios diagnósticos de dependência e abuso de substâncias e álcool para os adolescentes e seriam necessárias novas pesquisas nessa área (Winters, Latimer, & Stinchfield, 1999).

1.3. O Uso de Drogas na Adolescência: Fatores de Risco e Proteção

A adolescência é um momento de vulnerabilidade, pois, particularmente nessa fase, o indivíduo passa por um período em que tende a aceitar menos orientações, testa a possibilidade de ter controle sobre si mesmo, afasta-se da família e desenvolve um relacionamento comum a seu grupo de iguais, onde o uso de drogas é uma possibilidade

cada vez mais freqüente (Nicastri & Ramos, 2001). Papalia e Olds (2000) afirmam que o adolescente enfrenta nesse período um grande paradoxo, qual seja o do conflito entre afirmar uma identidade única e o desejo de ser exatamente igual aos seus amigos (Papalia & Olds, 2000). Em face desse paradoxo, o uso de drogas pode ser utilizado como um artifício tanto para se igualar ao grupo de amigos como para deste se diferenciar. A adolescência, por ser um momento de crise permeado de conflitos e divergências, faz-se terreno fértil para a experimentação sistemática de drogas, podendo levar ao início da dependência química.

Diversos estudos têm detectado uma progressiva precocidade na experimentação de SPA. O estudo de Noto e cols. (1997) indica que 51,2% dos participantes, com idades entre 10 a 12 anos, já haviam experimentado álcool, 11% haviam experimentado tabaco e 11,7%, outras drogas, evidenciando que o uso de drogas lícitas e ilícitas inicia-se na passagem da infância para a adolescência. Essa preocupação é reforçada pelo estudo de Sobeck e cols. (2000), que sugere ser a experimentação precoce de SPA um fator de risco para posterior uso de drogas (Sobeck, Abbey, Agius, Clinton, & Harrison, 2000).

Existe um consenso entre os profissionais que trabalham com dependência química de que os problemas relacionados ao uso de SPA têm causa multifatorial, com implicações psicológicas, biológicas e sociais. Alguns fatores já identificados como motivadores da experimentação de drogas são: curiosidade, busca de sensações prazerosas, relaxamento das tensões psicológicas, baixa auto-estima, facilitação da socialização, influência do grupo, pressão social, dinâmica familiar e manejo inapropriado da mídia sobre as drogas (Scivoletto & Morihisa, 2001).

Os fatores de risco e proteção para consumo de SPA têm sido muito investigados pela literatura, portanto há um grande interesse no conhecimento dos mesmos, para o posterior desenvolvimento de programas de prevenção. Os programas de prevenção

procuram reduzir os fatores de risco – que são os precursores que elevam a probabilidade de ocorrência de problemas com drogas – e aumentar os fatores de proteção – que são os moderadores que reduzem os riscos de exposição à droga (Hawkins, Van Horn, & Arthur, 2004). A literatura tem apontado para uma grande interação de fatores sociais, culturais, familiares, individuais e genéticos. O **Quadro 1** resume alguns dos fatores já identificados:

Quadro 1. Consumo de SPA: fatores de risco e proteção

FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
<u>Comunitários e Escolares</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidade de droga ▪ Situação econômica desfavorável ▪ Mudanças sociais ▪ Normas, política e atitudes culturais favoráveis ao uso de drogas ▪ Baixos resultados escolares e pouco compromisso com atividades na escola 	<u>Comunitários e Escolares</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Situação econômica favorável ▪ Apoio e integração social ▪ Envolvimento com grupos religiosos ▪ Engajamento com atividades escolares ▪ Bons resultados escolares
<u>Familiares e Amigos</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruptura familiar ▪ Rejeição familiar ▪ Conflitos familiares ▪ História de uso de substância na família ▪ Uso de drogas por amigos 	<u>Familiares e Amigos</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoramento por parte dos pais com os filhos ▪ Amigos que não usam drogas
<u>Individuais</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pré-disposição genética ▪ Vítima de maus-tratos na infância ▪ Transtornos psiquiátricos ▪ Comportamento agressivo e/ou suicida ▪ Necessidade de busca de novas sensações 	<u>Individuais</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade de resolução de dificuldades, resiliência ▪ Evitação de riscos ▪ Habilidades sociais ▪ Capacidade de resistência à pressão social ▪ Comportamento geral saudável

Adaptado a partir de (Organização Mundial da Saúde, 2004);(Hawkins, Van Horn, & Arthur, 2004); (Belcher & Shinitzky, 1998)

Com relação ao gênero, observa-se que o uso de drogas ilícitas é mais prevalente nos meninos, e o uso de anfetamínicos e barbitúricos mais presente nas meninas (Muza, Bettiol, Muccillo, & Barbieri, 1997; Baus, Kupek, & Pire, 2002). Outro estudo aponta que os meninos têm duas vezes mais prevalência de uso de drogas comparados às meninas,

sendo o uso pesado de álcool três vezes mais prevalente (Belcher & Shinitzky, 1998). O uso de drogas ilícitas nas mulheres, geralmente, vem acompanhado de comorbidades psiquiátricas e/ou comportamento anti-social (Belcher & Shinitzky, 1998).

1.4. O Tratamento dos Transtornos por Uso de Substâncias

Tendo em vista que a dependência química é uma doença grave, crônica e de alta prevalência, precisam ser intensos os esforços dos profissionais da saúde em buscar tratamentos para essa condição. De acordo com a OMS, para cada dólar investido em tratamento dos transtornos relacionados ao uso de SPA, 7 dólares são poupados nos custos de saúde e sociais no mundo (Saraceno & Monteiro, 2003).

Nos anos 80, foi iniciado um estudo multicêntrico nos Estados Unidos na área do tratamento do alcoolismo intitulado “*Projeto MATCH*” (*Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity*). Tratava-se de um ensaio clínico randomizado que procurou avaliar a interação paciente-tratamento, com objetivo principal de encontrar o tratamento adequado para cada tipo de paciente. O Projeto MATCH não conseguiu trazer resultados muito surpreendentes nem muito conclusivos. Basicamente, as dez primeiras hipóteses de combinações paciente-tratamento falharam em mostrar qualquer interação nesse campo. Os três tratamentos testados – terapia motivacional, terapia cognitiva comportamental (TCC) e o modelo dos doze passos – provocaram resultados muito semelhantes (Cutler & Fishbain, 2005). Cerca de 41% dos pacientes submetidos a TCC e ao modelo dos doze passos estavam abstinentes ou bebendo moderadamente (sem prejuízos), além dos 28% dos pacientes que receberam terapia motivacional. Também concluíram que qualquer intervenção, mesmo uma entrevista de aconselhamento, era melhor que nenhuma intervenção (Project MATCH Research Group, 1998).

De uma forma geral, considerados os resultados dos tratamentos, sabe-se que a recaída é o desfecho mais provável quando se trata de dependência química: cerca de 2/3 de todas as recaídas ocorrem dentro dos primeiros 90 dias após o tratamento (Hunt, Barnett, & Branch, 1970). Esse fato também é expressado pela “lei do 1/3”, expressão habitualmente empregada entre terapeutas especializados em dependência química, que significa que, no tratamento de transtornos relacionados ao uso de SPA, 1/3 se recupera, 1/3 não apresenta alteração significativa e 1/3 segue piorando (Ramos & Woitowitz, 2004).

Em estudo com adolescentes, Brown e cols. reportaram que 60% dos usuários recaíram durante os primeiros três meses após terem completado um programa de tratamento para adolescentes dependentes químicos (Brown, Vik, & Creamer, 1989). Na tese de doutoramento de Oliveira (2000), ao testar uma intervenção motivacional em alcoolistas que estavam hospitalizados, foi encontrado 38,8% de pacientes abstêmios, três meses após a internação, ou seja, a recaída, pelo que se constata a partir desses dados, tem sido um indesejado, no entanto, freqüente resultado no tratamento da dependência química (Oliveira, 2000).

Ainda referente às altas taxas de recaída, recentemente, McLellan Forman, Cacciola & Kemp, (2005) publicaram um relevante artigo que tece reconsiderações na avaliação dos tratamentos dos problemas relacionados ao uso de SPA (McLellan, McKay, Forman, Cacciola, & Kemp, 2005). Eles propuseram um novo paradigma chamado “*concurrent recovery monitoring*” em que o tratamento seria avaliado enquanto estivesse em ação (início, durante e fim). Uma proposta diferente de como os tratamentos têm sido avaliados nos últimos trinta anos, que é pelo sistema de seguimentos (*follow-ups*) de três, seis e doze meses após o término do tratamento. O grupo justifica esta guinada dizendo que, sendo uma doença crônica, os transtornos por uso de SPA devem ser analisados da mesma forma como as outras doenças crônicas, como a diabetes, a hipertensão e a asma. Esse novo

paradigma, apesar de coerente e interessante, necessita ser difundido e analisado no meio científico e clínico.

No intuito de buscar uma solução eficaz para essa questão, diferentes enfoques na área da saúde mental têm sido propostos para compreender e tratar os transtornos relacionados ao uso de substância, desde abordagens psicodinâmicas até intervenções cognitivo-comportamentais. Neste estudo, serão enfatizadas as abordagens de cunho cognitivo-comportamental, das quais se pode destacar o “modelo cognitivo para o abuso de substâncias” (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993), a “prevenção da recaída” (Marlatt & Gordon, 1985) e o modelo “transteórico dos estágios de mudança” (Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) possui uma forte tradição quando se fala do tratamento para transtornos aditivos. A TCC aplicada à dependência química procura focar nas cognições e comportamentos seqüenciais ao uso de drogas, no manejo da fissura, na evitação de situações de risco, na regulação do humor e na mudança do estilo de vida (Beck & Bruce, 1998). Na TCC da dependência química, os pensamentos e as crenças são vistos como um importante mediador dos comportamentos aditivos, nas emoções negativas e nas respostas fisiológicas (incluindo a síndrome de abstinência). O modelo cognitivo das adições compreende a compulsão pelo uso de drogas da seguinte forma: primeiro acontece algum estímulo interno (ansiedade) ou externo (convite dos amigos para usar drogas), que ativa crenças antecipatórias ou de busca de alívio (“*fumar maconha me deixa relaxado*”) e que geram pensamentos automáticos (“*vou fumar!*”) que podem ocasionar fissura e, conseqüentemente, crenças facilitadoras ou permissivas (“*só uma baseado não vai fazer mal*”) e, por fim, levam à ação de usar a substância (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993). Um pressuposto importante da TCC é que esse mecanismo é

aprendido e pode ser modificado através de uma mudança no processo cognitivo-comportamental.

Toda mudança exige um investimento de tempo e de energia para que seja efetuada, o que, por sua vez, requer motivação do paciente para engajar-se nesse processo de recuperação, que algumas vezes, se torna doloroso e desgastante. No início da década de 80, pesquisadores da Universidade de Rhode Island, nos Estados Unidos, estudando como as pessoas param de fumar, desenvolveram o modelo dos Estágios de Mudança que descreve como (processos) e quando (estágios) os indivíduos mudam a sua conduta. Prochaska, Diclemente e Norcross (1992), descreveram os seguintes estágios de prontidão para mudança: **pré-contemplação** (não estar consciente de ter um problema, e não ter intenção de mudança); **contemplação** (estar consciente que existe um problema, mas ainda nada ter feito para mudar); **preparação** (ter a intenção de fazer alguma mudança); **ação** (concretizar a mudança) e **manutenção** (já ocorreu a mudança, e o paciente está procurando manter o comportamento modificado). Compreendendo cada estágio, é possível elaborar e aplicar intervenções adequadas ao nível de motivação do paciente.

Esses estágios podem ser representados em espiral, o que permite compreender que é comum, no processo de mudança, o indivíduo retornar diversas vezes para um estágio anterior antes de, finalmente, alcançar e manter-se no último estágio. Assim, durante o caminho da mudança de comportamento, um indivíduo que tenha uma recaída e retorne ao estágio anterior não terá invalidado a aprendizagem adquirida no percurso. A aplicação desse modelo na abordagem de dependentes químicos permitiu uma melhor compreensão sobre a oscilação da motivação dos pacientes para cessar o consumo de drogas, bem como as frequentes recaídas.

Em meados da década de oitenta, Marlatt e Gordon (1985) decidiram “aproveitar” a recaída no tratamento, ensinando o paciente a lidar com ela no seu processo de

recuperação. Baseando-se no princípio da aprendizagem social de Bandura (Bandura, 1978) os autores desenvolveram a Prevenção de Recaída (PR), um modelo que combina treinamento de habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e mudanças no estilo de vida. A recaída é entendida na PR como parte do processo de mudança e pode ser vista como uma forma do paciente recomeçar o tratamento mais consciente do seu problema (Oliveira, Jaeger, & Schreiner, 2003). Considerando que a recaída é um processo, é possível identificar os seus antecessores e, conseqüentemente, prevê-la e evitá-la. Quando já ocorrida, o paciente, orientado pelo terapeuta, pode fazer a análise da recaída e identificar as falhas que ocorreram no processo, tornando o seu tratamento mais assertivo e eficiente (Marlatt & Gordon, 1985).

Dentro do modelo da PR, compreende-se que as recaídas ocorrem em situações de alto risco, nas quais há uma ameaça à abstinência. Quando o paciente não apresenta uma estratégia de enfrentamento para a situação de risco, baixa a sua sensação de auto-eficácia⁴ e aumenta a sua probabilidade de recaída. No caso contrário, se o paciente apresenta uma estratégia de enfrentamento eficaz o seu senso de auto-eficácia aumenta e, portanto, melhora a sua percepção de controle, auxiliando na manutenção da abstinência. Entende-se como estratégia de enfrentamento uma resposta que possibilita o indivíduo “atravessar” uma situação de risco sem experimentar uma recaída (Marlatt & Gordon, 1985).

Em 1985, Marlatt e Gordon desenvolveram a taxonomia das situações de risco para recaídas, definindo cinco determinantes intrapessoais e três interpessoais. Os determinantes intrapessoais são os seguintes: estado de emoções negativas, estado de sensações físicas negativas, emoções agradáveis, teste dos limites pessoais, fissuras e tentações. Os determinantes interpessoais são os conflitos interpessoais, a pressão social para usar drogas e o estado de emoções positivas. Com relação às situações de risco para os adolescentes, a

pressão social e as tentações para se envolver em uso de drogas são consideradas as situações mais favorecedoras para a recaída (Brown, Vik, & Creamer, 1989).

Alberts, Hecht, Miller-Rassullo & Krizek (1992) mostram, em seu estudo sobre resposta dos adolescentes à oferta da droga, que cerca de 70% das ofertas de SPA, foi aplicada com pressão social, após a primeira oferta ter sido recusada (Alberts, Hecht, Miller-Rassullo, & Krizek, 1992). Também relataram que a simples oferta foi comum quando se tratava de álcool; já a oferta aplicada com pressão social foi mais utilizada quando se tratava de drogas ilegais. É igualmente importante citar o estudo conduzido por Li, Pentz e Chou (2002), em que foi avaliada a influência dos pais e dos pares no uso de drogas por adolescentes (Li, Pentz, & Chou, 2002). Os achados indicaram que o aumento do uso de SPA entre pais e pares foi associado a um aumento do risco para o uso de drogas pelo adolescente.

A utilização de abordagens terapêuticas focadas em processos cognitivos e em técnicas de enfrentamento comportamentais representa uma recente tendência no tratamento de adolescentes com transtorno por uso de SPA (Burleson & Kaminer, 2005). A exemplo disso, Monti e cols. (1997) conduziram um estudo de intervenção com 128 abusadores de cocaína divididos em dois grupos; o grupo experimental recebeu oito sessões de treinamento de habilidades de enfrentamento, e o grupo controle, oito sessões de meditação e relaxamento (Monti, Rohsenow, Michalec, Martin, & Abrams, 1997). Os resultados desse estudo indicaram que o grupo que recebeu treinamento de habilidades de enfrentamento apresentou, significativamente, menos dias de uso de cocaína no seguimento de três meses (6,2 dias, DP= 10,8) comparados ao grupo controle (13,7 dias, DP= 17,6).

⁴ Auto-eficácia é a expectativa de que se pode, por esforço pessoal, dominar uma situação e alcançar o resultado desejado (Bandura, 1977)

Os resultados de Budney e cols. (2000) corroboram essa perspectiva em um estudo realizado com 60 dependentes de maconha comparando diferentes técnicas de intervenção. Os resultados demonstram que a intervenção que utilizou entrevista motivacional e técnicas de enfrentamento foi mais eficaz se comparada à intervenção que empregou apenas entrevista motivacional (Budney, Higgins, Radonovich, & Novy, 2000). A relevância das habilidades de enfrentamento pode ser evidenciada também no estudo de Botvin & Griffin (2002), em que foi elaborado um programa de “treinamento de habilidades para vida” (*Life skills training*) direcionado a adolescentes abusadores de drogas. Os resultados indicaram que o programa produziu resultados positivos no tratamento de usuários de tabaco, álcool e outras drogas (Botvin & Griffin, 2002). Tendo em vista esses estudos, verifica-se que a promoção de habilidades de enfrentamento e de habilidades de negociação com os pares pode ser eficaz na prevenção de recaída. Assim, o paciente pode aprender a trocar o comportamento hiper-aprendido de consumo de drogas por comportamentos mais adaptativos e por novas formas de se relacionar com o meio.

1.5. Jogos Terapêuticos

Os jogos terapêuticos têm sido propostos recentemente como uma forma de tratar e de prevenir problemas psicológicos e sociais. Um exemplo disso é o jogo brasileiro “ZIG-ZAIDS”, que é um recurso lúdico para informação e prevenção da AIDS entre pré-adolescentes e adolescentes, desenvolvido por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Schall, Monteiro, Rebello, & Torres, 1999). Esse jogo promove o debate sobre a sexualidade e sobre formas de se proteger do HIV, além de procurar diminuir a visão preconceituosa e fatalista sobre a doença. Os elementos lúdicos do jogo motivam o aprendizado e estimulam o diálogo e a resolução de problemas entre os jogadores. A sua aceitabilidade foi verificada no artigo de Schall e cols. (1999), através de um questionário

com perguntas sobre a utilidade e a impressão dos educadores e profissionais que haviam utilizado o jogo. O “ZIG-ZAIDS” foi considerado um jogo inteligente que informa sobre AIDS de uma maneira divertida, criativa e inovadora. Esse jogo pode ser utilizado como um recurso por educadores, profissionais da área da saúde e, inclusive, no ambiente familiar onde, muitas vezes, há dificuldades de abordar assuntos como sexualidade e AIDS.

Também desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz no Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, “O Jogo da Onda” é uma estratégia de prevenção do uso de drogas em adolescentes de 12 a 18 anos (Rebello, Monteiro, & Vargas, 2001). O jogo aborda questões sobre o uso de drogas entre adolescentes, tais como, conceitos e efeitos das drogas, motivações para o consumo, visão do usuário de droga, uso de drogas e relações familiares/afetivas, drogas e AIDS, pressão social, dificuldades na vida cotidiana, drogas e legislação. “O Jogo da Onda” permite informar, promover a reflexão e estimular o diálogo sobre várias situações relacionadas ao uso de drogas entre os jovens (Cortes, 1999).

Nos Estados Unidos, foi desenvolvido um programa interativo em formato de CD-ROM para treinar habilidades de recusa para a oferta de maconha em adolescentes. No artigo de Duncan e cols. (2000), os autores descrevem o desenvolvimento e avaliação do programa. O CD-ROM usa vinhetas para ensinar habilidades de recusa e respostas socialmente aceitáveis para situações de uso de drogas. O programa foi desenvolvido através da realização de grupos focais para identificar situações típicas de oferta de droga, além de temas centrais sobre o assunto. A avaliação da eficácia do programa foi realizada através de um ensaio clínico randomizado, com 74 estudantes de escolas públicas, onde 42 indivíduos foram expostos a uma condição controle e 32 expostos à condição experimental. Foram observadas mudanças significativas no pós-teste, como melhora na eficácia da recusa de oferta de maconha, aumento da intenção dos adolescentes de recusar

maconha, melhora da percepção das normas sociais associadas ao uso de drogas e importância de respeitar a decisão do outro de recusar a oferta de droga (Duncan, T., Duncan, S., Beauchamp, Wells, & Ary, 2000).

Essas formas lúdicas de abordar os problemas relacionados ao uso de drogas podem ser muito eficientes para os jovens, em especial pelo seu apelo atrativo e dinâmico, o que pode vir a aumentar sua adesão ao tratamento. A escassez de técnicas específicas para jovens usuários de drogas é um grande obstáculo para o tratamento dessa população nos dias atuais (Kaminer, Burleson, & Goldberger, 2002; Hser et al., 2001). A maioria das técnicas aplicadas aos jovens são simples transposições de técnicas aplicadas a amostras adultas; portanto existe uma necessidade emergencial de desenvolver e aperfeiçoar os tratamentos focados nessa população, em que o uso de drogas é tão prevalente (Burleson, & Kaminer, 2005).

Em face do exposto, a presente dissertação procura fazer uma contribuição aos tratamentos para jovens com transtornos por uso de substância psicoativas, apresentando o desenvolvimento e a avaliação do efeito de um jogo terapêutico, cujo objetivo é abordar as crenças típicas a respeito do uso de drogas e promover habilidades de enfrentamento para situações que ameacem a abstinência do paciente. No primeiro artigo, será apresentado o desenvolvimento do jogo terapêutico denominado “O Jogo da Escolha”. No segundo, será apresentado um quase-experimento, no qual foi testado o efeito desse jogo com jovens usuários de drogas, de 18 a 21 anos, da cidade de Porto Alegre e região metropolitana.

2. JUSTIFICATIVA GERAL DO ESTUDO

O uso de substância psicoativas tornou-se um problemas de saúde pública, sendo responsável por altas taxas de mortalidade e incapacidade na população mundial (World Health Organization, 2002). A alta prevalência e incidência do uso de drogas, em especial entre os jovens, é uma preocupação pelos evidentes prejuízos psicológicos, sociais e de saúde que estes acarretam. Esse fato se torna mais preocupante quando se considera que a adolescência é uma período de formação e amplo desenvolvimento pessoal. Sabe-se que o prejuízo no desempenho escolar ocasionado pelo uso de drogas pode dificultar, em muito, o posterior desenvolvimento profissional e inserção do jovem na sociedade e no mercado de trabalho. Essa dificuldade, por sua vez, pode estimular o jovem a se envolver com a criminalidade e a assumir comportamentos violentos.

Já foi comprovado que os investimentos em tratamento dos transtornos aditivos são revertidos financeiramente em menos custos de saúde e sociais (Organização Mundial da Saúde, 2004). Também é importante que profissionais de áreas correlatas (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais) se ocupem em buscar medidas preventivas e de tratamentos para uma das doenças mentais mais prevalentes no mundo. No entanto, o campo dos tratamento dos transtornos aditivos na adolescência é precário, o que se deve à escassez de técnicas, intervenções e tratamentos desenvolvidos especificamente para essa faixa etária (Kaminer, 2002b). O que é um fato irônico ao lembrar que, grande parte das vezes, a iniciação ao uso de drogas ocorre na adolescência. (Noto, Nappo, Galduróz, Mattei, & Carlini, 1997). No Rio Grande do Sul, por exemplo, são poucos -para não dizer inexistentes- os ambulatórios especializados no atendimento dessa população. Sabe-se, pela prática clínica, que os adolescentes não se adaptam aos tratamentos dos adultos.

Todavia, a realidade atual impõe, muitas vezes, que jovens participem de grupo com adultos alcoolistas e/ou que sejam tratados individualmente da mesma forma que adultos. Esse fato, em parte, justifica as taxas de abandono dos tratamentos e recaídas (McLellan, McKay, Forman, Cacciola, & Kemp, 2005).

A proposta de desenvolver e testar o efeito de um jogo terapêutico vem ao encontro dessa necessidade, iniciativa que já tem sido feita por alguns centros de pesquisa. O desenvolvimento de uma técnica atrativa e que tenha um efeito terapêutico, pela qual o jovem possa ser estimulado a pensar a respeito do seu problema de uma forma concreta e dinâmica, pode fazer com que se sinta compreendido e vinculado ao tratamento. Além disso, o jogo terapêutico pode trazer benefícios também para quem trata, uma vez que um treinamento simples e o uso de um manual capacitam o profissional a aplicá-lo. O jogo terapêutico pode ser incorporado a diversos contextos terapêuticos como ambulatórios e programas de internação, podendo ser utilizado em grupo ou individualmente.

Portanto, para que não sejam mais simplesmente transpostas as técnicas e os diagnósticos dos adultos para uma faixa etária plena de especificidade, faz-se necessário o desenvolvimento e teste de técnicas que dêem conta das necessidades cognitivas e psicológicas dos adolescentes. Ademais, é fundamental que a eficácia dessas técnicas seja comprovada por pesquisa, para que as práticas terapêuticas estejam pautadas em evidência científica.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Desenvolver e avaliar o efeito de um jogo terapêutico para jovens usuários de drogas.

3.2. Objetivos Específicos

1. Adaptar um jogo terapêutico, sob formato qualitativo, no que se refere à sua compreensão e execução para jovens usuários de drogas.
2. Avaliar o efeito do jogo, em uma amostra de jovens usuários de drogas, quanto a:
 - pensamentos a respeito do uso de drogas (prós e contras);
 - motivação para cessar o consumo de drogas;
 - uso de drogas.

4. ARTIGO 1

**Desenvolvimento de um Jogo Terapêutico para Prevenção da Recaída e Motivação
para Mudança em Jovens Usuários de Drogas***

Anna Virginia Williams, Elisabeth Meyer, Flavio Pechansky

Endereço para correspondência:

Anna Virginia Williams

Centro de Pesquisas em Álcool e Drogas

Rua Ramiro Barcelos, 2350, sala 2201A - 2º andar

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

90035-903 - Porto Alegre - RS

annav@uol.com.br

* Submetido para publicação: Psicologia: teoria e pesquisa. Fator de impacto: 0.1613

* O Estudo recebeu financiamento do FIPE/HCPA (n.º 04-175). A primeira autora recebeu bolsa CAPES.

Resumo

Considerando que o uso de drogas é um dos problemas de saúde mental mais prevalentes entre a população jovem e que há uma escassez de terapêuticas específicas para essa população, este estudo objetivou a: a) desenvolver uma técnica baseada no modelo cognitivo do uso de substâncias, na prevenção da recaída e nos estágios motivacionais de mudança através de um jogo de cartas intitulado “O Jogo da Escolha”; b) adaptar a linguagem das cartas do jogo, permitindo o seu uso nos diferentes estratos socioeconômicos e culturais; c) verificar essa adaptação, a avaliação do conteúdo e a elaboração das instruções da técnica junto aos profissionais da área de dependência química. A partir de um estudo-piloto foram realizadas as modificações nas instruções e no formato de aplicação, obtendo-se a versão atual do “Jogo da Escolha”. O jogo é potencialmente útil para abordar crenças típicas de jovens usuários de drogas e para promover estratégias de enfrentamento em situações de risco.

Palavras-chave: jogo terapêutico, crenças, estratégias de enfrentamento, jovens, uso de drogas

Abstract

Considering that drug use is one of the most prevalent mental health problems among the youth in the present days, and despite of that there are few specific interventions for that population, this study aimed at: a) Developing a technique based in the cognitive model of substance abuse, relapse prevention and the stages of change thought a card game, entitle: “The Game of Choice”. b) Adapting the language of the game allowing for its application in different cultural social economics layers c) verifying the adaptation, and evaluating content and the elaboration of the instructions of the technique within addiction specialists. From the pilot study it was possible to make modifications in the instructions and in the application format, and the present version of the Game of the Choice was obtained. The game seems to be useful to work typical core beliefs for young drug users and to promote coping skills for risk situations.

Key words: therapeutic game, beliefs, coping skills, youth, drug use

1. Introdução

A adolescência é uma faixa etária em que se registra uma grande preocupação em relação ao uso de drogas. Essa é uma fase de vulnerabilidade e um terreno fértil à experimentação e início do abuso ou da dependência. Dentre a população jovem, o uso de drogas é um dos problemas de saúde mental mais prevalentes. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2002), entre 3,3 e 4,1% da população mundial consome algum tipo de droga ilícita, sendo estimados em 2,5% os usuários de maconha (World Health Organization, 2002).

Os pesquisadores e clínicos, em todo o mundo, têm grande interesse em utilizar todas as estratégias que possam aumentar as chances de sucesso dos programas de tratamento oferecidos para jovens usuários de drogas. Sabe-se que essa população facilmente se aborrece, se sente onipotente e com a necessidade de se ocupar de diferentes atividades, aderindo às mesmas por um curto espaço de tempo. Estudos, em todo o mundo, reforçam a necessidade de abordagens desenvolvidas especificamente para os adolescentes. Uma proposta de tratamento na qual o paciente é tratado com técnicas específicas, focadas nas necessidades pessoais em que o indivíduo se encontra mais receptivo para se tratar, poderá ser especialmente relevante, podendo estimular alguns pacientes a permanecerem no tratamento por mais tempo.

Estudos recentes mostram que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é eficiente na redução do uso de drogas entre adolescentes (Dennis et al., 2004), oferecendo uma estratégia lógica de tratamento focada na modificação das cognições mal-adaptativas que aumentam o risco de recaída (Myers & Brown, 1996). A TCC aplicada à dependência química procura focar nas cognições e comportamentos seqüenciais ao uso de drogas, no manejo da fissura, na evitação de situações de risco, regulação do humor e na mudança do estilo de vida (Beck & Bruce, 1998). Na terapia cognitiva da dependência química, os

pensamentos e as crenças centrais são vistos como importantes mediadores dos comportamentos aditivos, das emoções negativas e nas respostas fisiológicas.

Uma abordagem amplamente aplicada nos tratamentos dos transtornos aditivos é a Prevenção da Recaída (PR), desenvolvida por Marlatt e Gordon (1985) que combina treinamento de habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e mudanças no estilo de vida. Na PR, a recaída é considerada como parte do processo de mudança onde, muitas vezes, pode ser vista como a forma pela qual o paciente recomeça o tratamento mais consciente do seu problema (Oliveira, Jaeger A, & Schreiner S, 2003). A recaída é considerada um processo, no qual é possível identificar os seus antecedentes e, conseqüentemente, podendo prevê-los e evitá-los. Dentro do modelo da PR, compreende-se que as recaídas ocorrem em situações de alto risco, nas quais há uma ameaça à abstinência. Nesses casos, o paciente não apresenta uma estratégia de enfrentamento para a situação de risco, o que baixa a sua sensação de auto-eficácia e aumenta a sua probabilidade de recaída. (Marlatt, & Gordon, 1985).

Também o modelo dos estágios de mudança (Diclemente & Prochaska, 1982), que descreve como (processos) e quando (estágios) os indivíduos mudam sua conduta, permitiu uma melhor compreensão das freqüentes recaídas, bem como a oscilação da motivação dos pacientes para cessarem o consumo de drogas. Prochaska, Diclemente e Norcross (1992) descreveram os seguintes estágios de prontidão para mudança: **Pré-contemplação** (não estar consciente de ter um problema e não ter intenção de mudança), **Contemplação** (estar consciente que existe um problema, mas ainda não ter feito nada para mudar), **Preparação** (ter a intenção de realizar alguma mudança), **Ação** (concretizar a mudança) e **Manutenção** (já ocorreu a mudança, e o paciente está procurando manter o comportamento modificado) (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Entendendo cada estágio, é possível elaborar e aplicar intervenções adequadas ao nível de motivação do paciente.

O modelo dos Estágios de Mudança no uso de drogas apresenta implicações importantes tanto na mudança natural de um comportamento sobre o tempo, quanto no desenvolvimento das intervenções. O Modelo Transteórico postula que as intervenções necessitam focalizar nas diferentes variáveis para indivíduos em diferentes Estágios de Mudança. Por exemplo, aqueles nos estágios mais iniciais de mudança (Pre-contemplanção) beneficiam-se mais da instrução e da compreensão das condutas de risco do que aqueles que já estão cientes dos riscos de seu comportamento e pretendem mudar logo (Preparação), ou que estão ativamente tentando mudar (Ação), beneficiando-se mais de intervenções baseadas no treinamento de habilidades e na auto-eficácia (Stark et al., 1998; Prochaska, Velicer, Fava, Rossi, & Tsoh, 2001).

Uma possibilidade de intervenções são os jogos terapêuticos que têm sido propostos recentemente, como uma forma de tratar e prevenir problemas psicológicos e sociais. A exemplo disso, o jogo psico-educacional desenvolvido no Brasil - “ZIG-ZAIDS” – é um recurso lúdico para informação e para prevenção da AIDS entre pré-adolescentes (Schall, Monteiro, Rebello, & Torres, 1999). Na área da dependência química, foi desenvolvido um CD-ROM para treinar habilidades de recusa a oferta de maconha (Duncan, T., Duncan, S., Beauchamp, Wells, & Ary, 2000). Essa forma de abordar os problemas relacionados ao uso de drogas pode ser muito eficiente entre os jovens, em especial pelo seu apelo atrativo e dinâmico que pode vir a aumentar a adesão dos jovens ao tratamento. A escassez de técnicas específicas para jovens usuários de drogas constitui um grande obstáculo para o tratamento dessa população (Kaminer, Burlison, & Goldberger, 2002; Hser et al., 2001). A maioria das técnicas aplicadas aos adolescentes consistem em simples transposições de técnicas aplicadas a amostras adultas; portanto, existe uma necessidade emergencial de desenvolver e de aperfeiçoar tratamentos focados na população jovem, a curto e a longo prazo (Burlison & Kaminer, 2005).

Pelo exposto, o presente artigo pretende apresentar o processo de desenvolvimento de um jogo terapêutico destinado a jovens usuários de drogas. Essa técnica objetiva abordar crenças típicas a respeito do uso de drogas e promover habilidades de enfrentamento para situações que ameacem a abstinência do paciente, visando motivá-lo para a mudança e prevenir a recaída. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (n.º do protocolo 04-175)

2. Objetivo do Jogo

A técnica proposta compõe-se de um jogo de cartas denominado “*Jogo da Escolha*” para ser utilizado dentro de um contexto terapêutico, com pacientes usuários de drogas. O objetivo do jogo é abordar crenças típicas de jovens usuários de drogas, desenvolver e ensinar habilidades de manejo de situações de risco. Também, são trabalhadas, na técnica, situações relacionadas à pressão do grupo, elementos que acionam o comportamento relacionado ao uso de drogas e pensamentos mantenedores do uso de drogas. O jogo estimula o paciente a pensar em novas possibilidades de agir e em formas diferentes de refletir quando estiver frente a uma situação que lhe ative o comportamento de usar drogas. Através da técnica, o paciente pode aprender, que para cada crença facilitadora ou ativadora do comportamento mal-adaptativo de uso de drogas, há no mínimo uma estratégia possível para enfrentar aquela situação e evitar o uso.

Durante o jogo, o terapeuta procura questionar as crenças comuns que usuários de drogas costumam cultivar, como, por exemplo: “*não vale a pena largar as drogas porque me sinto um fracasso quando recaio*”. Dessa forma, o paciente pode ponderar a respeito do seu problema, encontrando formas mais saudáveis de pensar, como, por exemplo, “*posso ficar sem usar drogas com o auxílio de alguma pessoa*”. Através dessa reflexão, o paciente

poderá melhorar o seu repertório de habilidades de enfrentamento e, conseqüentemente, a sua auto-eficácia. Sentindo-se mais capaz de lidar com situações de risco, a motivação para mudar o comportamento em relação às drogas pode aumentar, auxiliando o paciente a efetivamente parar ou a diminuir o seu uso.

3. Método

O desenvolvimento da técnica ocorreu em quatro fases. Primeiramente, foi feita a elaboração das frases que foram colocadas em cartas, seguida da adaptação da linguagem, conteúdo e instruções, junto aos pacientes e aos profissionais. Posteriormente, foi realizada a avaliação do conteúdo, e ao final foi realizado um ordenamento das cartas.

3.1. Primeira fase: criação da técnica

A primeira fase de elaboração da técnica ocorreu em 1999 no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio do levantamento de crenças típicas de jovens que apresentavam problemas com drogas. Duas residentes em Psiquiatria realizaram um levantamento na literatura de crenças centrais de jovens usuários de drogas e de estratégias de enfrentamento para situações de risco de recaída. Posteriormente, foi verificada a validade dessas crenças e das estratégias junto a grupos de voluntários de meninos de rua com problemas com drogas. Obteve-se uma lista dos temas mais freqüentemente abordados pelos sujeitos, sendo tais temas apresentados sob forma de assertivas. Posteriormente, as assertivas foram designadas como positivas ou negativas. As assertivas positivas refletiam as crenças e as ações utilizadas na tentativa de resistir ao uso de drogas, como por exemplo, “*Quando me dou conta do que me faz usar drogas tenho menos chance de recair*”. As assertivas negativas ilustravam

⁵ Registrado na Fundação Biblioteca Nacional sob o número 209.561 em 29/08/2000

crenças que facilitavam e mantinham o uso de drogas, como por exemplo: “*As drogas me fazem esquecer os meus problemas*”.

A partir dessas assertivas foram elaborados dois baralhos de cartas. As assertivas positivas foram descritas em cartas de cor azul, com a representação de um anjo ao fundo, e as assertivas negativas foram confeccionadas em cartas de cor vermelha, com a reprodução de um diabo ao fundo, conforme ilustra a **Figura 1**. A produção de uma dicotomia entre os dois baralhos (um positivo e um negativo) procurou refletir a ambivalência do paciente em relação à droga.

Inserir Figura 1 aqui

Adicionalmente foi desenvolvida uma sugestão de instrução para o jogo, quando se constituiu essa a primeira versão. Parte desse jogo foi submetida à apreciação da comunidade científica em um evento internacional (Pechansky, 1999)

3.2. Segunda Fase: Refinamento da Técnica

Em 2005, foram realizados grupos focais para avaliar a adequação das assertivas e das instruções. Para isso, foram convidados pacientes ambulatoriais de um Centro de tratamento de dependência química de Porto Alegre que atendia pacientes pelo Sistema Único de Saúde. Foram organizados quatro grupos, com a participação de três sujeitos em cada um, num total de 12, nessa fase do estudo. Participaram onze homens e uma mulher (média de idade 18 anos, DP= 1,8). Os grupos foram coordenados por uma terapeuta com mais de vinte anos de experiência e observados pela primeira autora deste artigo. Os grupos tinham duração de uma hora, e todas as sessões eram gravadas e transcritas.

Nos grupos focais, os jovens eram expostos às cartas originais (desenvolvidas na primeira fase) uma de cada vez, sendo-lhes questionado se haviam compreendido as frases e se teriam algumas sugestões para torná-las mais compreensíveis. Também lhes era questionada a veracidade das cartas, ou seja, se aqueles pensamentos já lhes haviam ocorrido. Todas as cartas originais foram apresentadas para, no mínimo, três grupos.

As sugestões provenientes dos grupos focais foram apresentadas a um grupo de profissionais do CPAD com o objetivo de escolher a assertiva mais simples e compreensível, sendo mantida a idéia original da carta. Foram evitadas frases extensas e o uso de gírias. O grupo era constituído por três psiquiatras e uma terapeuta ocupacional, tendo duração de uma hora e meia.

A partir da tomada de decisão feita pelo grupo de profissionais, a linguagem das cartas foi modificada, tornando-a mais compreensível para jovens usuários de drogas com baixa escolaridade. Assim, as cartas poderiam ser compreendidas por um número maior de pessoas, possibilitando a sua aplicação em diversos contextos terapêuticos. O **Quadro 1** ilustra os procedimentos dessa etapa. Paralelamente, optou-se pela retirada de algumas cartas e outras foram acrescentadas.

Inserir Quadro 1 aqui

3.3. Terceira Fase: Avaliação do conteúdo

Com o objetivo de confirmar se o jogo estava “tratando aquilo a que ele se propunha a tratar”, foi organizado um grupo focal com profissionais (psiquiatras, psicólogos e consultores em dependência química) de uma Unidade de internação para dependência química de Porto Alegre. O grupo era composto por oito profissionais, e teve duração de quarenta minutos.

As assertivas foram apresentadas a esse grupo e, a cada assertiva apresentada, eles reportavam, livremente, as habilidades que acreditavam poderem ser trabalhadas com o paciente a partir daquela frase. As habilidades que predominaram no grupo foram as seguintes:

- resolução de problemas e tomada de decisão;
- desenvolvimento de estratégias de enfrentamento;
- aumento da auto-eficácia;
- aumento da auto-estima;
- aumento da tolerância à frustração;
- reflexão a respeito da auto-imagem;
- reflexão sobre as vantagens e desvantagens relacionadas ao uso de drogas;
- reflexão sobre a sensação de controle sobre o uso de drogas;
- diminuição de pensamentos dicotomizados;
- questionamento de crenças e pensamentos automáticos sobre o uso de drogas;
- aumento do auto-monitoramento;
- identificação de estratégias de enfrentamento;
- manejo da pressão social e desenvolvimento da capacidade de recusa para a oferta de droga;
- manejo da fissura;
- controle da impulsividade;
- aquisição da responsabilidade pelo seu problema.

De uma forma geral, pode-se dizer que as habilidades citadas pelos profissionais se enquadram no modelo da Prevenção de Recaída (Marlatt G A & Gordon J R, 1985) e do

modelo cognitivo para dependência química (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993; Beck & Bruce, 1998), o que se faz coerente com a base teórica da técnica.

3.4. Quarta fase: Determinação da ordem das cartas

Para desenvolver uma seqüência de apresentação das cartas foram consultadas, individualmente, outros profissionais especialistas em dependência química (duas psiquiatras e uma psicóloga). As cartas positivas foram organizadas por agrupamento de estratégias similares, como apresentado no **Quadro 2**.

Inserir Quadro 2 aqui

A ordem das cartas negativas foi baseada na lógica referente a “*dar-se conta do seu problema*”, ou seja, as primeiras cartas (de 1 a 7) apresentam pensamentos sugerindo pouca consciência sobre o problema com drogas, como por exemplo, “*existem situações que têm tudo a ver com drogas: festas e shows...*”. Esse seria o pensamento de alguém que está no estágio de pré-contemplação, no qual o sujeito não considera o uso de drogas um problema. As últimas cartas negativas (de 8 a 14) expressam crenças disfuncionais, mas com maior consciência a respeito do problema, como por exemplo, “*não vale a pena largar as drogas porque me sinto um fracasso quando recaio*”. Esse seria um pensamento de alguém no estágio de contemplação, no qual o sujeito se sente ambivalente em relação a parar o uso de drogas. Assim, os pacientes em estágios de mudança iniciais (pré-contemplação) irão identificar-se com as primeiras cartas, e pacientes, em estágios mais adiantados (contemplação e ação), irão identificar-se com as últimas cartas. Pela técnica possuir essa seqüência, ela não se torna confrontativa para o paciente, mesmo se ele se encontra em estágios de mudança mais iniciais.

4. Resultados

4.1. Apresentação da técnica na sua forma atual

O “Jogo da Escolha”, em seu formato atual, é composto por um baralho de 28 cartas: 14 cartas positivas e 14 cartas negativas.

As cartas positivas apresentam frases que protegem o paciente do uso de drogas, por reforçarem vantagens relativas à abstinência. Algumas cartas positivas solicitam que o participante complete frases como, por exemplo: *“já tive vontade, mas consegui não usar drogas quando... (complete)”*, possibilitando que o paciente possa pensar a respeito da sua própria experiência durante o jogo. As cartas positivas pretendem desenvolver habilidades como (1) enfrentamento de situações de risco, (2) aumento da auto-eficácia (3) reflexão sobre o controle em relação ao uso, (4) re-significação de pensamentos dicotômicos (“tudo ou nada”), e (5) aumento do auto-monitoramento e da capacidade de antecipar as consequências negativas do uso de drogas.

As cartas negativas evidenciam pensamentos comuns aos usuários de drogas, tais como: justificativas sociais do uso de drogas (*“a única forma de eu me enturmar é usando drogas”*), questões relacionadas à auto-medicação através do uso de drogas (*“as drogas me fazem eu esquecer os meus problemas”*), e fissura (*“muitas vezes a droga é mais forte que eu”*). Essas condutas vão desde a negação do problema (*colocando a responsabilidade em questões externas*), até a percepção de que a droga ocupa uma função similar à auto-medicação ou à socialização. As últimas cartas também trazem questões relacionadas à fissura e as expectativas negativas em relação à abstinência. As cartas negativas e positivas se encontram no **Quadro 3**:

Inserir quadro 3 aqui

4.2. Instruções da técnica

Para testar os procedimentos propostos para a intervenção, foi realizado um estudo-piloto com 20 pacientes ambulatoriais do mesmo Centro de tratamento onde ocorreram os grupos focais. A média de idade dos sujeitos foi de 19,1 anos (DP= 1), e o grupo compunha-se de 16 homens e de 4 mulheres. Metade desses pacientes foi exposta à técnica experimental e metade foi exposta a um jogo controle intitulado “O jogo da vida”⁶. A aplicação foi feita em grupos com quatro sujeitos e os jovens eram designados randomicamente para cada grupo. Ambos os grupos foram coordenados por profissionais (psiquiatra e terapeuta ocupacional) com mais de 10 anos de experiência em psicoterapia, tendo duração de quarenta e cinco minutos. Eram aplicadas duas escalas: SOCRATES (Miller, 1995) para avaliar as mudanças na motivação para cessar o consumo de drogas, e Balança Decisional (Velicer, DiClemente, Prochaska, & Brandenburg, 1985) para avaliar modificação nas percepções das vantagens e desvantagens em relação ao uso de drogas. As escalas eram aplicadas antes e depois dos grupos por estudantes de Medicina e de Psicologia.

Os resultados desse piloto indicaram não haver mudança intra-grupos (pré vs. pós grupo) e nem entre grupos (controle vs. experimental). Concluiu-se que, para haver algum efeito em uma doença grave e crônica - como a dependência química - seria necessário aumentar a “dose” da intervenção e diminuir a variabilidade do estudo, pois durante uma única sessão nem todas as cartas eram apresentadas, em função do tempo, e nem todos os sujeitos do grupo participavam. Dessa forma, desenvolveu-se uma nova intervenção constituída por três sessões individuais de 45 minutos cada, em que todas as cartas eram

⁶ O jogo da vida®, Estrela- é um jogo de tabuleiro jogado em grupo, a partir de 8 anos de idade; os jogadores percorrem um caminho em que têm de lidar com situações comuns do ciclo da vida, formar-se, casar, ter filhos, lidar com dinheiro, ganhos e perdas.

apresentadas pelo menos uma vez. As instruções da intervenção, a seguir descritas, foram elaboradas por quatro terapeutas familiarizados com o jogo. Essa fase do estudo foi submetida à apreciação da comunidade científica em eventos nacionais e internacional (Williams & Pechansky, 2004c; Williams & Pechansky, 2004b; Williams & Pechansky, 2004a)

Na sua versão atual, o jogo é executado da seguinte forma: durante a primeira sessão as cartas negativas são apresentadas uma de cada vez, de acordo com a seqüência elaborada no estudo. O paciente é convidado a refletir a respeito das assertivas, uma a uma, sendo questionado se aquele pensamento já lhe ocorreu e o que ele pensa a respeito daquela situação. Após responder, o paciente tenta buscar uma estratégia de enfrentamento dentro do leque de opções oferecidas nas cartas positivas para solucionar aquela situação. Assim, o paciente forma pares de cartas negativas (crenças disfuncionais) com cartas positivas (estratégias de enfrentamento). Um exemplo de combinação seria, para a carta negativa *“as drogas fazem eu esquecer os meus problemas”*, o paciente escolher a carta positiva *“quando me lembro de como me sinto mal depois que uso drogas, me dou conta que não vale a pena”*. A combinação entre cartas negativas e positivas não é fixada pelo terapeuta, ficando a critério do paciente escolher as respostas de enfrentamento que lhe parecem apropriadas. O benefício dessa flexibilidade está na possibilidade de o terapeuta examinar criticamente com o paciente o tipo de escolha realizada, bem como outras opções.

A quantidade de cartas positivas e negativas utilizadas varia de acordo com a sessão. A primeira sessão é iniciada apresentando as sete primeiras cartas negativas, e no fim do jogo, o terapeuta oferece sete cartas positivas, aleatoriamente, para o paciente formar pares com as situações nas cartas negativas. Na segunda sessão, são apresentadas as cartas negativas, de 8 a 14, e são oferecidas todas as cartas positivas para o paciente formar

as combinações. Na terceira sessão, são apresentadas todas as cartas negativas, de 1 a 14, e é solicitado ao paciente que escolha as cartas com cujas assertivas ele mais se identifique ou sobre as quais ele pense mais. As assertivas escolhidas pelo paciente são exploradas uma a uma pelo terapeuta, que irá oferecer todas as cartas positivas para a solução das situações. Adicionalmente, na terceira sessão é oferecida a possibilidade de o paciente escrever as suas próprias cartas positivas, pensando em estratégias de enfrentamento específicas para o seu caso. Ao final da sessão, o paciente leva as cartas que ele mesmo criou e poderá utilizá-las como cartões-lembrete.

Recomenda-se que o aplicador da técnica seja um profissional da área da Saúde, que trabalhe com dependência química, com algum treino em terapia cognitiva comportamental e prevenção de recaída. Espera-se que o aplicador assuma uma postura motivacional, apoiando-se nas técnicas da entrevista motivacional fundamentadas na teoria de Miller, principalmente no que compete a evitar confrontação, a desenvolver discrepância, a fluir com a resistência, a estimular a auto-eficácia e a expressar empatia frente ao paciente (Miller & Rollnick, 1991).

5. Comentários e Conclusão

Este artigo teve como objetivo descrever o desenvolvimento e a base teórica utilizada na confecção de um jogo de cartas para adolescentes usuários de drogas. A meta foi apresentar a metodologia empregada nas diferentes fases necessárias para a estruturação de uma nova técnica que pretende ser somada ao atual leque de abordagens utilizadas para auxiliar os pacientes a cessarem o uso de drogas.

O desenvolvimento de um jogo terapêutico baseando-se em modelos teóricos já consagrados de tratamento, somado a uma metodologia científica rigorosa, permitiu a elaboração de uma técnica que parece ser dinâmica e atrativa para a população jovem. O

processo de desenvolver um jogo de cartas que permita aumentar as chances de mudar o comportamento de uso de drogas por adolescentes abrange muitos elementos e exige uma metodologia cuidadosa. Durante todo o curso de desenvolvimento do jogo, buscou-se empregar uma linguagem que correspondesse ao máximo à utilizada por adolescentes usuários de drogas de todos os estratos socioeconômicos e culturais. A determinação da seqüência de apresentação das cartas para o paciente seguiu uma ordem motivacional baseada nos Estágios de Mudança e oportunizou o desenvolvimento de uma atmosfera não-confrontadora, a ideal para tratar adolescentes usuários de drogas. Também a avaliação do conteúdo foi eficiente em confirmar que a técnica estava calcada em uma base teórica apropriada. Nutre-se a expectativa de que essa técnica possa ser utilizada para os devidos fins terapêuticos, como em ambulatórios, internações psiquiátricas e postos de saúde, podendo ser adaptada futuramente para um formato de grupo.

A realização do estudo-piloto propiciou fazerem-se as necessárias adequações no nível de compreensão da maioria dos jovens. Além disso, foi possível observar que o jogo seria mais eficiente se empregado em três sessões individuais. A técnica, no seu formato atual, permite que o paciente trabalhe situações comuns a outros pacientes usuários de drogas nas cartas, bem como situações específicas do seu contexto de vida, em especial, na terceira sessão, quando o paciente escolhe as cartas com as quais se identifica e pode escrever cartas positivas que lhes sejam adequadas e úteis. Estudos futuros são necessários para identificar a eficácia do jogo, a curto e a longo prazo, além de investigar quais os pacientes que se beneficiarão desta técnica. Um ensaio clínico poderia examinar se a diminuição do uso de drogas é devida à técnica utilizada como parte do tratamento ou se aconteceria naturalmente. Isso produziria dados a partir dos quais se poderia identificar os efeitos da intervenção específicos. Estudos adicionais deverão ser desenhados considerando uma amostra representativa de jovens usuários de drogas, incluindo meninos

e meninas, de diferentes níveis socioeconômicos e educacionais. Os dados daí coligidos poderão fornecer uma visão mais clara do efeito do jogo no processo de mudança do comportamento aditivo nessa população. Adolescentes que ou já estão tentando parar com o uso de drogas ou que estão abstinentes poderão responder diferentemente daqueles que ainda não estão considerando mudar esse comportamento (Pré-contemplação).

Frente aos dados epidemiológicos, faz-se importante salientar que adolescentes usuários de drogas, quando não tratados provavelmente, continuem a fazer uso delas quando adulto - esse fato deve servir de motivação e de incentivo para que estudos como o apresentado neste artigo e como os já sugeridos acima sejam apoiados e executados.

6. Agradecimentos

Agradecimento aos colaboradores Maria Lúcia Tiellet Nunes, Alessandra Bianchi e à equipe do CDQUIM do Hospital Parque Belém e da Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus.

7. Referências

- Beck, J. S. & Bruce, S. L. (1998). Cognitive Therapy. In Frances R J & Miller S I (Eds.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders* (2° edition ed., pp. 547-573). New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman C F, & Liese B S (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Publications.
- Burleson, J. A. & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addict.Behav.*, 30, 1751-1764.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *J.Subst.Abuse Treat.*, 27, 197-213.
- Diclemente, C. C. & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict.Behav.*, 7, 133-142.
- Duncan, T. E., Duncan, S. C., Beauchamp, N., Wells, J., & Ary, D. V. (2000). Development and evaluation of an interactive CD-ROM refusal skills program to prevent youth substance use: "refuse to use". *J.Behav.Med.*, 23, 59-72.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S. C., Fletcher, B. W., Brown, B. S., & Anglin, M. D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Arch.Gen.Psychiatry*, 58, 689-695.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A., & Goldberger, R. (2002). Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 190, 737-745.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. (1995). SOCRATES The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Version 8). *Albuquerque (NM): Univ New Mexico*.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Myers, M. G. & Brown, S. A. (1996). The Adolescent Relapse Coping Questionnaire: psychometric validation. *J.Stud.Alcohol*, 57, 40-46.
- Oliveira, M., Jaeger, A., & Schreiner, S. (2003). Abordagem Terapêutica no Tratamento da Dependência Química. In Caminha R M, Wainer R, Oliveira M, & Piccoloto N (Eds.), *Porto Alegre: Casa do Psicólogo*.

- Pechansky, F. (1999). Card games for drug users at risk for HIV transmission: a complementary approach to developing motivation and coping skills. *In 23rd AMERSA National Conference, Alexandria.*
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am.Psychol.*, *47*, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Fava, J. L., Rossi, J. S., & Tsoh, J. Y. (2001). Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system intervention for smoking cessation. *Addict.Behav.*, *26*, 583-602.
- Schall, V., Monteiro S, Rebello, S, & Torres M (1999). Evaluation of the ZIG-ZAIDS game: an entertaining educational toll for HIV/AIDS prevention. *Caderno de Saúde Pública*, *15*, 107-119.
- Stark, M. J., Tesselaar, H. M., O'Connell, A. A., Person, B., Galavotti, C., Cohen, A., & Walls, C. (1998). Psychosocial factors associated with the stages of change for condom use among women at risk for HIV and STDs: implications for intervention development. *J.Consult Clin.Psychol.*, *66*, 967-978.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *J.Pers.Soc.Psychol.*, *48*, 1279-1289.
- Williams A V & Pechansky F (2004a). The Choice Game- a psico-educational technique for coping with risk situations in adolescents drug users. *In NIDA International Forum* San Juan, Porto Rico.
- Williams A V & Pechansky F (2004b). O Joga da Escolha: Uma técnica psico-educacional para habilidades de enfrentamento de situações de risco em adolescentes usuários de drogas. *In XI Congresso da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas* São Paulo.
- Williams A V & Pechansky F (2004c). O Joga da Escolha: Uma técnica psico-educacional para habilidades de enfrentamento de situações de risco em adolescentes usuários de drogas. *In XXII Jornada Sul Rio-grandese de Psiquiatria Dinâmica*. Porto Alegre.
- World Health Organization (2002). *The World Health Report: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.

Figura 1: Exemplo de cartas com assertivas negativas (em vermelho) e positivas (em azul)



Quadro 1- Exemplo do procedimento de obtenção da versão final das cartas

Carta Original	Sugestão do grupo 1	Sugestão do grupo 2	Sugestão do grupo 3	Tomada de decisão	Carta final
Quando me dou conta do que causa minhas fissuras, não sou pego de surpresa: tenho menos chance de recair.	<i>Quando me dou conta do que me faz usar drogas não sou pego de surpresa e tenho menos chance de voltar a usar.</i>	<i>Quando eu caio na real do que me dá vontade de usar não sou pego distraído e tenho menos possibilidade de voltar a usar.</i>	<i>Quando eu sei o que me tenta tenho mais chance de recair.</i>	Grupo com profissionais da CPAD.	Quando me dou conta do que me faz usar drogas tenho menos chance de recair

Quadro 2: Habilidades referentes a carta positiva

Habilidade	Cartas
Expectativas positivas em relação à abstinência	1. Estou aprendendo a enfrentar os meus problemas de cara limpa! 2. Depois que eu parei de usar drogas algumas coisas na minha vida mudaram para melhor!
Resignificação de pensamentos dicotômicos	3. Agora estou podendo ver que nem sempre as coisas são tudo ou nada. 4. Não sou tão ruim assim... tenho meus pontos positivos.
Auto-monitoramento	5. Quando me dou conta do que me faz usar drogas tenho menos chance de recair. 6. Quando eu consigo pensar antes, me saio melhor
Habilidade de recusa e antecipação das conseqüências	7. Quando eu sinto que não conseguirei dizer não, decido não sair com meus amigos. 8. Quando me lembro de como me sinto mal depois que uso drogas me dou conta que não vale a pena.
Busca de auxílio	9. Posso planejar evitar o uso de drogas com a ajuda do meu terapeuta. 10. Posso ficar sem usar drogas com o auxílio de alguma pessoa.
Reflexão sobre a sensação de controle do uso de drogas	11. Sei que ainda posso me esforçar para tentar parar de usar drogas. 12. Me dei conta que não é tão fácil controlar meu uso de drogas.
Cartas individualizadas (o paciente é solicitado a completar a frase)	13. Já tive vontade, mas consegui não usar drogas quando...(complete) 14. Acho que pensar sobre o meu uso de drogas está me ajudando a... (complete)

Quadro 3: Cartas positivas e negativas

Número	Cartas Positivas	Cartas Negativas
1	Estou aprendendo a enfrentar os meus problemas de cara limpa!	Existem situações que tem tudo a ver com drogas: festas, shows...
2	Depois que eu parei de usar drogas algumas coisas na minha vida mudaram para melhor!	Quando eu uso drogas me sinto bem!
3	Agora estou podendo ver que nem sempre as coisas são tudo ou nada.	Eu paro na hora que quiser, só que ainda não estou com vontade.
4	Não sou tão ruim assim... tenho meus pontos positivos.	Eu fico muito chato quando estou de cara.
5	Quando me dou conta do que me faz usar drogas tenho menos chance de recair.	A única forma de eu me enturmar é usando drogas.
6	Quando eu consigo pensar antes, me saio melhor!	As drogas fazem eu esquecer os meus problemas.
7	Quando eu sinto que não conseguirei dizer não, decido não sair com meus amigos.	Quando estou triste, nervoso, ou sozinho, as drogas me fazem sentir melhor.
8	Quando me lembro de como me sinto mal depois que uso drogas me dou conta que não vale a pena.	Quando meus amigos me oferecem, não consigo dizer não.
9	Posso planejar evitar o uso de drogas com a ajuda do meu terapeuta.	Eu não sei o que acontece: quando eu me dou conta, estou usando drogas de novo!
10	Posso ficar sem usar drogas com o auxílio de alguma pessoa.	Não é que eu queira usar drogas é que a fissura é muito forte...
11	Sei que ainda posso me esforçar para tentar parar de usar drogas.	Muitas vezes a droga é mais forte que eu.
12	Me dei conta que não é tão fácil controlar meu uso de drogas.	Se eu largar as drogas eu vou ficar com fissura e meu corpo vai sentir falta.
13	Já tive vontade, mas consegui não usar drogas quando..(complete)	Não vale a pena largar as drogas porque me sinto um fracasso quando recaio.
14	Acho que pensar sobre o meu uso de drogas está me ajudando a... (complete)	Agora não adianta parar: eu já me detonei com as drogas.

5. ARTIGO 2

**Avaliação do Efeito de um Jogo Terapêutico Visando Prevenção da Recaída e
Motivação para Mudança em Jovens Usuários de Drogas***

Anna Virginia Williams, Elisabeth Meyer, Flavio Pechansky

Endereço para Correspondência:

Centro de Pesquisas em Álcool e Drogas

Anna Virginia Williams

Rua Ramiro Barcelos, 2350, sala 2201A - 2º andar

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Porto Alegre - RS - Brasil

CEP: 90035-903

annav@uol.com.br

* Submetido para publicação: Journal of Substance Abuse Treatment. Fator de impacto: 2.034

* O estudo recebeu financiamento do FIPE/HCPA (n.º 04-175). A primeira autora recebeu bolsa CAPES.

Resumo

O uso de drogas pelos jovens tem sido alvo de preocupação dos profissionais da saúde, em especial pelo gradual aumento na prevalência do consumo nos últimos dez anos. Na tentativa de reverter essa situação, profissionais da saúde têm procurado avançar no desenvolvimento de novas técnicas terapêuticas. A literatura recente mostrou que técnicas que ensinavam ao paciente formas eficientes de lidar com situações de risco, como as habilidades de enfrentamento, têm se destacado no tratamento dos transtornos aditivos.

Objetivo: O presente estudo objetivou a avaliar o efeito de um jogo terapêutico para jovens usuários de drogas desenvolvido no Brasil. O jogo tem o objetivo de abordar crenças típicas de jovens usuários de drogas e habilidades de enfrentamento, na tentativa de prevenir a recaída e aumentar a motivação dos pacientes para mudança. **Método:** Os autores conduziram um quase-experimento com 32 jovens (91% homens), que reportaram o uso de drogas no último mês, com idades entre 18-21 anos, sem tratamento prévio nos últimos 30 dias. Os sujeitos foram recrutados por anúncio de jornal e de rádio. Depois da entrevista inicial eles completaram três sessões individuais do jogo terapêutico, administradas por um profissional treinado, sendo reavaliados no fim do estudo. Os seguintes instrumentos foram aplicados: ASI-6 (seção de álcool e drogas), Balança Decisional, SOCRATES e uma seção motivacional. **Resultados:** Os achados indicaram que após a intervenção os sujeitos apresentaram um aumento na motivação, movendo-se do estágio de “Ambivalência” para o estágio de “Ação”, 27,6% da amostra moveu-se nessa direção ($p=0,01$). Eles também diminuíram os dias de uso de *crack* e de maconha no mês de, em média, 10 para 6 dias ($p=0,017$) e, de maconha de, em média, 18 para 12 dias ($p=0,01$); não houve decréscimo significativo no uso de álcool e de outras drogas. Além disso, a auto-eficácia, aferida através de uma escala de 0 a 10 para a pergunta “o quanto você se

sente capaz de parar de usar drogas?”, aumentou significativamente de uma média de 6,8 para 7,6 ($p=0,31$). A intervenção, todavia, não mostrou efeito na pontuação da Balança Decisional. **Conclusão:** Os achados sugerem que o Jogo da Escolha é útil para motivar os sujeitos a cessar o consumo de drogas, aumentando a auto-eficácia e, efetivamente, diminuindo o uso de drogas. Portanto, o jogo terapêutico poder ser ou indicado para ser aplicado no início do tratamento, como um motivador, ou como um pré-tratamento para pacientes que estão em uma lista de espera de atendimento. No entanto, são necessários novos estudos para testar os efeitos específicos da intervenção.

Palavras chaves: jogo terapêutico, intervenção breve, jovens, uso drogas

Abstract

The use of drugs by the youth population is worrisome to the health professionals, due to a gradual increase in the experiment prevalence and drug consumption in the last 10 years. In an attempt to revert this situation, professionals have been trying to advance the development of new techniques. Literature shows that techniques that teach patients efficient ways to deal with risk situations such as the development of coping skills have recently stood out in the treatment of addiction disorders. **Objective:** The present study aims to evaluate the efficacy of a therapeutic card game for young drug users which was developed in Brazil. This game aimed to approach common beliefs of young drug users and develop coping skills for situations that threaten abstinence. **Method:** The authors conducted an open trial with 32 youngsters (90% male) who reported use of an illicit drug in the past 30 days, and were between 18 and 21 years old, with no prior treatment in the past 30 days. Subjects were recruited either by a newspaper or a radio add. After an intake interview they completed three weekly individual sessions of the therapeutic card game, administered by trained professionals with at least a BA degree. They were re-assessed at the end of the study. The following instruments were administrated: ASI-6 (drug and alcohol section), MINI (drug and alcohol dependence and abuse), Decisional Balance, SOCRATES scale and a qualitative section (about pros an cons of drug use, capability of quitting drugs, willing to quit and coping skills for risk situations). **Results:** The outcomes indicates that after the intervention subjects presented an increase in motivation, moving them from the ambivalence stage to the action stage, 27.6% of the sample moved in this direction ($p=0.01$). They also decreased the use of crack cocaine and cannabis in days/month. The use of crack decreased from a mean of 10 to 6 days ($p= 0.017$) and cannabis from a mean of 18 to 12 days ($p= 0.01$); there was no significant decrease in alcohol use or other drugs. Besides, their self-

efficacy verified through a scale from 0-10 for the question “how capable do you feel to quit drug use?” increased from mean of 6.8 to 7.6 $p= 0.031$. The intervention, however, did not show to have effect in the Decisional Balance. **Conclusions:** The findings suggest that the technique is useful to motivate the patients to quit their drug use, increase their self-efficacy and effectively decrease the drug use. Therefore, the therapeutic game may be recommended to be used in the beginning of the treatment, as a motivator, or as a pre-treatment for patients who are in a waiting list for treatment. It is also necessary further testing to evaluate the specific effects of the intervention.

Key words: therapeutic game, interventions, youths, drug use.

1. Introdução

As taxas de prevalência de experimentação e dependência de drogas entre os jovens se apresentam altas e crescentes em muitos países como, os Estados Unidos, países da União Européia e América Latina (Johnston, O'Malley, & Bachman, 1997; Rehm, Room, Van den, Brink, & Kraus, 2005; Carlini, Galduróz, Noto, & Nappo, 2002). No entanto, há uma escassez de estudos que investiguem as evidências de efetividade dos tratamentos para os adolescentes usuários de drogas, sendo que os existentes não revelam resultados muito positivos (Kaminer, 2002; Hser et al., 2001). Tal achado é preocupante, na medida em que se conhecem os danos causados pelo uso de drogas nessa faixa etária. Kaminer justifica a falta de evidências científicas, dizendo que os estudos apresentam muitas limitações metodológicas, como por exemplo, pequeno tamanho amostral, critérios de seleção heterogêneos e medidas de desfecho inadequadas (Kaminer, 2002). Contudo, estudos conduzidos com um delineamento ideal para avaliar a eficácia das intervenções, como um ensaio clínico randomizado, exigem tempo, disponibilidade de equipe e, principalmente, um bom financiamento, o que é mais difícil de obter quando não se trata de um medicamento, mas sim, de uma abordagem psicoterápica.

Kaminer também pontua a necessidade de melhorar os resultados dos tratamentos a curto e a longo prazo, aumentando a motivação e melhorando as estratégias de vinculação dos pacientes aos programas (Kaminer, 2002). Para responder a essa demanda, são necessários, não só estudos bem conduzidos, mas inovadores, baseados em uma sólida base teórica e com ampla aplicabilidade à realidade dos adolescentes, que apresentam muita dificuldade de adesão aos tratamentos.

Existem alguns estudos metodologicamente bem conduzidos com pacientes dependentes de cocaína, avaliando a eficácia de diferentes abordagens. Em um ensaio

clínico randomizado conduzido por Crits-Christoph e colaboradores (1999), compararam-se quatro abordagens: (1) aconselhamento individual, (2) terapia cognitiva e (3) terapia suportiva-expressiva, todas adicionadas à grupoterapia, ou (4) grupo terapia isoladamente. Os resultados indicaram que todos os tratamentos apresentaram uma melhora significativa desde a primeira entrevista se comparada à última, tendo diminuído de 10,4 dias de uso de cocaína no mês (DP 7,8) para 3,4 (DP6,5). A abordagem de aconselhamento individual apresentou resultados melhores comparada às outras três abordagens, não estando claros os motivos dessa diferença. Uma hipótese para esse resultado é que o aconselhamento individual é direcionado à modificação do comportamento de uso de drogas, o que leva a pensar na relevância de tratamentos objetivos e focados no problema alvo, o que também é contemplado na terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Estudos recentes mostram que a TCC é eficiente na redução do uso de drogas entre adolescentes (Dennis et al., 2004), oferecendo uma estratégia lógica de tratamento focada na modificação das crenças mal-adaptativas que aumentam o risco de recaída (Myers & Brown, 1996). Um dos pressupostos da TCC é de que os pensamentos e crenças são importantes mediadores dos comportamentos aditivos, nas emoções negativas e, nas respostas fisiológicas (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993). Marlatt e colaboradores já haviam observado a influência das crenças no comportamento dos indivíduos quando, em um estudo, sujeitos que acreditavam estar bebendo álcool, mas, na verdade, não estavam, exibiram mais sintomas de intoxicação do que as pessoas que realmente estavam intoxicadas, porém acreditavam não estar ingerindo bebidas alcoólicas. Esse experimento ilustra que as crenças têm um efeito independente no comportamento dos indivíduos, portanto, pressupõe-se que a modificação nas crenças pode influenciar na mudança do comportamento (Marlatt, Demming, & Reid, 1973; Blume, Lostutter, Schmaling, & Marlatt, 2003).

A prevenção da recaída, uma abordagem dentro do espectro da TCC, também apresenta resultados positivos no tratamento dos transtornos por uso e substância. Um estudo, comparando psicoterapia baseada na prevenção da recaída e interpessoal, encontrou resultados favoráveis à primeira abordagem (Carroll, Rounsaville, Gawin & 1991). Os pacientes que passaram pela prevenção da recaída eram mais propensos a permanecerem três ou mais semanas abstinentes (54% vs. 33%), a serem considerados recuperados ao fim do tratamento (43% vs. 19%) e a completarem o tratamento (67% vs. 38%).

Algumas pesquisas de eficácia de tratamento identificaram importantes mediadores e fatores preditivos para abstinência, como a promoção de habilidades de enfrentamento, considerada um importante recurso para o manejo de situações de risco para recaída (Monti, Rohsenow, Michalec, Martin, & Abrams, 1997; Litt, Kadden, & Stephens, 2005b; Litt, Kadden, Cooney, & Kabela, 2003c). Também a auto-eficácia, que é a percepção da capacidade de alcançar o resultado desejado, se apresentou como um importante mediador na recuperação de pacientes tabagistas (Condiotte & Lichtenstein, 1981) e adolescentes usuários de drogas (Burlison & Kaminer, 2005a). Outro importante elemento na mudança de comportamentos aditivos é o nível de motivação do paciente para cessar o consumo de drogas. Investigado em diversos estudos, o nível motivacional se apresentou como importante fator preditivo para resultados positivos nos tratamentos de indivíduos com transtorno por uso de SPA (Cahill, Adinoff, Hosig, Muller, & Pulliam, 2003). Portanto, a incorporação de intervenções criativas que contemplem elementos preditivos de abstinência é indicada nos tratamentos de adolescentes usuários de drogas. Uma alternativa é o desenvolvimento de jogos terapêuticos, uma forma lúdica e dinâmica de prevenir e de tratar problemas de saúde pública como drogas e HIV entre os jovens. Alguns exemplos de iniciativas como essa são: o jogo “ZIG-ZAIDS” - um recurso lúdico para informação e

prevenção da AIDS entre pré-adolescentes e adolescentes (Schall, Monteiro, Rebello, & Torres, 1999), “O Jogo da Onda” - uma estratégia de prevenção do uso de drogas em adolescentes de 12 a 18 anos (Rebello, Monteiro, & Vargas, 2001) e um CD-ROM para treinamento de habilidades de recusa para oferta de maconha (Duncan, T., Duncan, S., Beauchamp, Wells, & Ary, 2000).

O presente artigo tem por objetivo testar o efeito de um jogo terapêutico desenvolvido no Brasil para jovens usuários de drogas. Esse jogo é intitulado “O Jogo da Escolha”, cujos objetivos são os de abordar crenças típicas de jovens usuários de drogas, promovendo habilidades de enfrentamento e visando motivar os pacientes para mudança no comportamento.

2. Método

Foi realizado um quase-experimento, no qual indivíduos de 18 a 21 anos, usuários de drogas, foram selecionados por amostragem, por anúncios em mídia (vide abaixo), e submetidos a uma intervenção experimental dividida em três sessões, sem grupo-controle, que tinha como objetivos: o aumento da motivação, o aumento da auto-eficácia, a modificação nos pensamentos em relação ao uso de drogas e a diminuição do uso de drogas. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (n.º do protocolo 04-175).

2.1 Amostra

Quase toda a amostragem (94,5 %) foi feita por anúncio de jornal e de rádio (foram veiculados 7 anúncios em jornais e 4 em rádio). O restante da amostragem (5,5%) foi obtido por conveniência, através da identificação de sujeitos-alvo. Tomou-se o cuidado de identificar os sujeitos para o estudo com as mesmas palavras que foram empregadas nos

anúncios. O cálculo amostral foi realizado considerando um tamanho de efeito moderado da intervenção de 0.6, poder de 90%, α 0,05, resultando em uma necessidade mínima de 30 participantes.

Através dos anúncios, foram recebidas 104 ligações e 6 sujeitos-alvo foram convidados a participar do estudo. Geralmente o contato inicial, por telefone, era estabelecido por iniciativa dos pais ou de outros familiares e, raramente, era o próprio sujeito que telefonava. Por telefone, era feita uma triagem inicial e marcada uma entrevista com o voluntário para confirmar a presença dos critérios de inclusão e ausência dos critérios de exclusão. Dos 110 sujeitos, 38,2% (42) apresentavam critérios de inclusão apropriados:

- ter idade entre 18 e 21 anos;
- possuir no mínimo 5 anos de estudo;
- não ter estado internado no último mês;
- não estar em tratamento para álcool e drogas no mínimo há um mês;
- ter feito uso de drogas no último mês;
- morar em Porto Alegre ou na região metropolitana;
- ter telefone e endereço fixo;

Para os sujeitos que não possuíam os critérios de inclusão foi oferecida uma lista de locais de tratamento no Rio Grande do Sul que era enviada por Correio.

Os sujeitos foram solicitados a vir ao hospital sem estar sob efeito de drogas.

Dos 42 casos potenciais, 24% (10) possuíam um ou mais critérios de exclusão. Os critérios de exclusão eram os seguintes:

- apresentar menos de 24 pontos no Mini-Exame Estado Mental (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) (4 sujeitos);

- apresentar sintomas psicóticos atuais, avaliados pelos critérios do *MINI-International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0.0* (Amorim, 2000) (2 sujeitos);
- apresentar risco de suicídio de moderado a grave, também avaliado pelos critérios do MINI (Amorim, 2000) (7 sujeitos);

Os sujeitos excluídos foram encaminhados para uma emergência psiquiátrica da rede pública e os familiares foram contatados.

A amostra final foi constituída por 32 jovens, tendo ocorrido duas perdas, ocasionadas pela recusa dos pacientes em continuar se submetendo à intervenção.

2.2. Procedimentos

Todos os voluntários que participaram do estudo realizaram uma avaliação inicial com duração média de 1 hora e 15 minutos. Após a entrevista inicial, o voluntário era atendido por uma terapeuta que fazia a primeira sessão do “Jogo da Escolha”. O jogo era aplicado mais duas vezes pela mesma terapeuta com o intervalo de uma semana entre as sessões. Os encontros eram individuais e tinham duração de 45 minutos. Uma semana após a terceira sessão, o voluntário retornava para fazer a entrevista final que tinha duração média de 30 minutos. Os sujeitos e seus acompanhantes receberam vales-transporte.

Na primeira sessão, os sujeitos recebiam uma tabela com os dias e horários dos próximos encontros. Os sujeitos eram lembrados das sessões, por telefone, no dia anterior à consulta. Caso o voluntário não comparecesse no dia do atendimento, era feito contato por telefone e um novo horário era combinado respeitando o prazo de sete dias entre as duas sessões. Os sujeitos permaneceram no estudo, da entrevista inicial até a final, em média, por 26 dias (DP 6,01).

No fim do estudo, foram fornecidos aos participantes uma devolução dos resultados da primeira entrevista, um certificado de participação no estudo, cartilhas informativas sobre drogas ilícitas e tabaco da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), um brinde (no valor máximo de 5 reais) e uma lista de locais de tratamento para dependência química no Rio Grande do Sul. Quando necessário, o voluntário era encaminhado para um Centro de tratamento ambulatorial ou internação.

2.3. Instrumentos

Durante o estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário estruturado para coleta de dados sócio-demográficos elaborado a partir de estudos anteriores realizados pelo Centro de pesquisas (Pechansky, Benzano, & Diemen, 2005; Pechansky, Kessler, Diemen, Inciardi, & Surratt, 2005).
- *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0* para diagnóstico de abuso e dependência de substância e álcool (Amorim, 2000).
- Seção de álcool e drogas do ASI-6¹⁵, na qual eram avaliados: tratamentos anteriores, históricos de uso de substância e álcool (dias de uso), sintomas de dependência de drogas e álcool, quantidade de dinheiro gasto no último mês em drogas e álcool, percepção subjetiva da necessidade de tratamento e de alcance da abstinência total para álcool e drogas.
- Balança Decisional (Velicer, DiClemente, Prochaska, & Brandenburg, 1985), versão traduzida, retro-traduzida e aprovada pelo autor. Esse instrumento é composto de 42 questões que avaliam os prós e contras do uso de drogas através de uma escala *Likert* de 5

¹⁵ J. Cacciola *et al*, 2005- Philadelphia; F. Kessler *et al*, 2005. Validação Transcultural do Addiction Severity Index (ASI) versão 6 para o Brasil. Projeto em execução.

pontos (de “não importante” a “extremamente importante”), resultando em um escore para “pró” e outro para “contra” que variava de 42 a 210 pontos.

- *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)* (Miller, 1995), versão em português (Figlie, Dunn, & Laranjeira, 2004) adaptada para drogas. A SOCRATES totaliza 19 questões, que avaliam a motivação para interromper o uso de drogas através de uma escala *Likert* de 5 pontos (“discordo muito” a “concordo muito”), fornecendo três estágios: reconhecimento (não reconhece ter problema com droga), ambivalência (reconhece o problema, mas ainda não fez nada para cessar o consumo) e ação (realiza as mudanças no uso de drogas).

Sessão Motivacional:

Com o intuito de obter mais informações a respeito da motivação dos sujeitos eram aplicadas algumas questões adicionais, sendo estas: uma questão para avaliar o estágio de mudança quanto ao cessar o uso de drogas (você pretende parar de usar drogas?), uma pergunta para avaliar auto-eficácia (de 0-10 o quanto você se sente capaz de parar de usar drogas?), uma pergunta aberta para avaliar repertório de habilidades de enfrentamento (o que alguém pode fazer para evitar o uso de drogas?), uma pergunta aberta sobre vantagens e desvantagens de usar drogas (sendo solicitado que o sujeito que falasse livremente das vantagens e das desvantagens de usar drogas).

Na entrevista final foram aplicados novamente os instrumentos ASI, Balança Decisional, SOCRATES e a seção motivacional.

2.4. Intervenção

Foi desenvolvida previamente uma intervenção constituída de três sessões individuais de 45 minutos cada, em que era aplicado “O Jogo da Escolha”. Essa técnica envolve elementos da terapia cognitiva-comportamental (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993), prevenção da recaída (Marlatt & Gordon, 1985) e do modelo dos estágios de mudança (Prochaska & DiClemente, 1992). A descrição do seu desenvolvimento é apresentada em outro artigo¹⁶.

O “Jogo da Escolha” é uma intervenção composta de 28 cartas, que possui um baralho de 14 cartas positivas e outro de 14 cartas negativas (Williams & Pechansky, 2004a; Williams & Pechansky, 2004b; Williams & Pechansky, 2004c). Nas cartas negativas estão descritas assertivas provenientes de crenças típicas de jovens com problemas com drogas e, nas cartas positivas, estão escritas assertivas com estratégias para evitar o uso de drogas. Durante o jogo, o sujeito é convidado a refletir a respeito das assertivas das cartas negativas e a escolher estratégias de enfrentamento dentro do leque de opções oferecidas nas cartas positivas para solucionar aquelas situações. Assim, o sujeito forma pares de cartas negativas (crenças) com cartas positivas (estratégias de enfrentamento). Um exemplo de combinação seria para a carta negativa “*as drogas fazem eu esquecer os meus problemas*”, o sujeito escolher a carta positiva “*quando me lembro de como me sinto mal depois que uso drogas me dou conta que não vale a pena*”.

A quantidade de cartas positivas e negativas utilizadas varia de acordo com a sessão. A primeira sessão é iniciada apresentando as sete primeiras cartas negativas, e no fim do jogo o terapeuta oferece sete cartas positivas, aleatoriamente, para o sujeito formar pares. Na segunda sessão são apresentadas as cartas negativas de 8 a 14 e são oferecidas

¹⁶ (Williams e cols. Desenvolvimento de um Jogo Terapêutico para Prevenção da Recaída e Motivação para Mudança em Jovens Usuários de Drogas, submetido para publicação).

todas as cartas positivas para o sujeito formar as combinações. Na terceira sessão, são apresentadas todas as cartas negativas de 1 a 14 e é solicitado ao sujeito que escolha as cartas com as quais ele mais se identifica. As assertivas escolhidas pelo sujeito são exploradas uma a uma pelo terapeuta, que oferece todas as cartas positivas para a solução das situações. Adicionalmente, na terceira sessão é oferecida a possibilidade de o sujeito escrever as suas próprias cartas positivas, pensando em estratégias de enfrentamento específicas para o seu caso. Ao final da sessão, o sujeito leva as cartas criadas e pode utilizá-las como cartões-lembrete.

Neste estudo, após finalizar cada sessão, as intervencionistas preenchem um relatório descrevendo os itens trabalhados e as cartas utilizadas. Além disso, os terapeutas marcavam em uma escala de 0-10 o quanto acreditavam que o voluntário era capaz de parar de usar drogas.

2.5. Entrevistadores e Intervencionistas

As entrevistas de coleta de dados, as intervenções e a digitação de dados foram realizadas por equipes independentes. A equipe de entrevista, que fazia a avaliação inicial e final, era composta por duas estudantes de Medicina e duas psicólogas. Essa equipe recebeu treinamento no início do estudo, tendo sido feito um novo treinamento na metade do protocolo. As intervenções foram realizadas por três terapeutas com no mínimo três anos de experiência em atendimento em dependência química, que receberam treinamento antes de iniciar os atendimentos, além de supervisão semanal das intervenções durante o estudo. Outro procedimento para assegurar a qualidade das intervenções foi o uso de um manual com instruções detalhadas da aplicação das três sessões. Houve uma tentativa de distribuir a quantidade de sujeitos para cada intervencionista de forma semelhante, ficando a divisão dos 32 sujeitos em 13, 9 e 10 entre as três terapeutas.

2.6. Análise Estatística

Os dados foram armazenados no programa *Access* versão 2002- XP. Os dados foram computados por um estudante de estatística e foi feita uma conferência aleatória de 20% dos questionários pela primeira autora. Os dados foram analisados no *SPSS* 13.0. Freqüências foram usadas para descrição das variáveis categóricas e sumarizadores numéricos para as variáveis contínuas. Foram utilizados médias e desvios-padrão quando a distribuição das variáveis contínuas era simétrica, e mediana e amplitude interquartis, quando a distribuição era assimétrica. Para a análise dos dados categóricos, foi utilizado o teste não paramétrico de *McNemar*. Para a avaliação dos dados numéricos, foi utilizado o Teste-t de Student para amostras pareadas na comparação de médias de variáveis contínuas simétricas e ANOVA para medidas repetidas, na comparação de mais de duas médias nessas mesmas condições. O teste não paramétrico de *Wilcoxon* foi utilizado na comparação de médias de variáveis contínuas assimétricas. Quando necessário, foi calculada a diferença (delta) entre a pontuação obtida depois da intervenção da que foi obtida antes desta. Esse cálculo foi realizado caso a caso, permitindo verificar a freqüência dos sujeitos que aumentaram, diminuíram e dos que não mudaram a pontuação após a intervenção. Todos os tratamentos estatísticos utilizaram um $\alpha = 0,05$ para o teste de hipóteses.

3. Resultados

3.1. Demográficos

A amostra foi constituída, na sua maioria, por sujeitos do sexo masculino (90,6% n= 29), com idade média de 19,5 anos (DP 1,08), 90,6% (n= 29) solteiros, com uma média de 10,5 (DP 1,8) anos de escolaridade. Apenas 6,3% (n= 2) estavam estudando e cerca da metade, 53,1% (n= 17), estavam trabalhando. Com relação à etnia, 56,3% (n= 18) considerava-se de cor branca, 31,2% (n= 10) negra e 12,5% (n= 4) parda ou mestiça. Com relação à moradia, 40,6% (n= 13) dos sujeitos moravam com apenas um dos pais, 25% (n= 8) com ambos os pais, 21,9% (n= 7) com outros membros da família, 12,5% (n= 4) com o cônjuge. A mediana da renda pessoal foi de 267 reais (amplitude interquartis 0-496), e a mediana da renda familiar foi de 800 reais (AIQ 488-1875).

Com relação ao diagnóstico de dependência química 25% (n= 8) dos sujeitos apresentavam dependência de álcool, 37,5% (n= 12) abuso de álcool, 96,9% (n= 31) dependência de substância psicoativas e nenhum sujeito apresentava abuso de substância.

Em relação a tratamento anterior para álcool e drogas ao longo da vida, 43,8% (n= 14) dos sujeitos não haviam feito nenhum tratamento, enquanto 56,2% (n= 18) haviam feito um ou mais. A idade média em que os sujeitos haviam começado o primeiro tratamento para álcool e drogas foi 17,6 (DP 1,6).

3.2. Padrão de Consumo de Álcool

Com relação aos sintomas de dependência de álcool, 15,6% (n= 5) dos sujeitos reportaram ter sentindo um ou mais sintomas nos últimos 30 dias. Dos sujeitos, 81,3% (n= 26) diziam que não se sentiam “nada incomodados ou preocupados” com problemas relacionados ao uso de álcool. Com relação à percepção subjetiva da necessidade de tratamento para questões relacionada ao álcool, 53,1% (n= 17) diziam ser isso “nada importante” e 25% (n= 8) diziam ser isso “consideravelmente importante”. Com relação à

importância de alcançar a abstinência total de álcool, 34,4% (n= 11) diziam ser isso “nada importante”, 21,9% (n= 7) “levemente importante”, 18,8% (n= 6) “consideravelmente”, 18,8% (n= 6) “extremamente importante”.

3.3. Padrão de Consumo de Drogas

No **Figura 1**, apresenta-se a distribuição da frequência de experimentação de cada droga (álcool, nicotina, maconha, crack/cocaína, inalantes, sedativos, alucinógenos, estimulantes), a frequência de sujeitos que haviam consumido essa substância por pelo menos 50 dias na vida e a frequência de sujeitos que haviam consumido a droga no último mês.

Inserir Figura 1 aqui

A idade média da experimentação do álcool foi de 13, 2 anos (DP 4), da maconha foi 13,9 anos (DP 2,9), de crack/cocaína 16,3 anos (DP 1,8), de inalantes 16,1 anos (DP 2,1), de sedativos 17,1 anos (DP 2,0), de alucinógenos 18 anos (DP 2,0) e de estimulantes 18 anos (DP 0). A maioria da amostra, 65,6% (n= 21), considerou o crack a substância que mais lhes trouxe dificuldades, a maconha ficou em segundo lugar com 46,9% (n= 15) dos sujeitos. Quando os sujeitos foram perguntados a respeito da frequência de uso drogas durante o mês em que eles estavam consumindo mais intensamente, 71,9% (n= 23) dos sujeitos responderam “diariamente” e 15,6% (n= 5) “3-6 vezes por semana”. No último mês, 65,6% (n= 21) da amostra havia sentido sintomas de abstinência, 62,5% (n= 20) havia sentido dificuldades de controlar o uso de drogas, 75% (n= 24) havia apresentado problemas de saúde ou psicológicos ou sociais por causa das drogas, e 71,9% (n= 23) havia sentido fissura por drogas.

Nos últimos 30 dias, 46,9% (n= 15) dos sujeitos relataram sentir-se “extremamente incomodados e preocupados” com os problemas com droga, 21,9% (n= 6) se sentiam “nada incomodados” e 18,8% (n= 6), “consideravelmente incomodados”. Quando perguntado o quão importante era um tratamento para questões relacionadas às drogas, 65,6% (n= 21) responderam ser “extremamente”, e 25% (n= 8), “consideravelmente importante”. Quando perguntado o quão importante era alcançar a abstinência total de drogas 68,8% (n= 22) disseram ser “extremamente”, e 21,9% (n= 7) disseram ser “consideravelmente importante”. Ainda com relação à abstinência, 34,4% (n= 11) da amostra relataram ter conseguido ficar completamente abstinentes de drogas e álcool por pelo menos um ano.

3.4. Motivação

A motivação para cessar o uso de drogas foi avaliada através da SOCRATES. A **Tabela 1** mostra os escores brutos e ponderados que a amostra apresentou nessa escala.

Inserir Tabela 1 aqui

A **Tabela 2** apresenta as porcentagens de sujeitos que permaneceram no mesmo estágio em que estavam antes da intervenção e porcentagem de sujeitos que mudaram de estágio após a intervenção. O único sujeito que estava no estágio de “Reconhecimento” foi excluído para permitir essa análise. Esse sujeito avançou do estágio de “Reconhecimento” para “Ambivalência”, após a intervenção.

Inserir Tabela 2 aqui

3.5. Auto-eficácia

A auto-eficácia foi avaliada em uma escala de 0-10 através da pergunta “*o quanto você se sente capaz de parar de usar drogas*”. Houve uma mudança de 6,8 para 7,6 depois da intervenção ($p < 0,001$, teste-t para amostras pareadas). Na análise do cálculo “delta”, verificou-se, que 50% dos sujeitos aumentaram a sua percepção de auto-eficácia após a intervenção, 33,3% não apresentaram mudança, e 16,7% diminuíram a sua percepção de auto-eficácia.

A percepção dos intervencionistas a respeito da auto-eficácia dos sujeitos foi avaliada através de uma escala de 0-10 pela pergunta “*o quanto você acredita que esse sujeito é capaz de parar de usar drogas*”. Essa pergunta foi feita ao final das três intervenções. Observou-se um aumento estável na percepção dos intervencionistas da auto-eficácia do paciente. Na primeira sessão, o escore foi de 3,9; na segunda sessão, foi de 4,7 e, na terceira sessão foi de 5,3 ($p < 0,001$, teste-t para medidas repetidas).

3.6. Uso de drogas

Os dias de uso de drogas no mês prévio à intervenção foram comparados aos dias de uso no mês ao final das três intervenções. Em função do alto desvio-padrão, foi realizado o teste não paramétrico de Wilcoxon e os valores apresentados em medianas e amplitude interquartis. Para evitar um viés a favor do desfecho esperado, os sujeitos que não haviam consumido a substância na entrevista inicial foram retirados da análise. Os dias de uso de inalante apresentaram uma alta variação em função do pequeno número de

sujeitos e dos diferentes padrões de consumo dos que utilizavam essa substância. Os achados estão resumidos na **Tabela 3**.

Inserir Tabela 3 aqui

As distribuições das diferenças das médias dos dias de uso (drogas em geral, álcool, maconha, crack/cocaína e inalantes) depois e antes da intervenção com um intervalo de confiança de 95% na **Figura 2**. Novamente, para evitar viés a favor do desfecho, os sujeitos que não haviam consumido a substância na entrevista inicial foram retirados da análise.

Inserir Figura 2, aqui

No cálculo do “delta”, foi observado que 66,7% dos sujeitos reportaram uma diminuição nos dias de uso, 23,3% não apresentaram mudanças e 10% reportaram um aumento nos dias de consumo. Nessa mesma análise, mas em relação aos dias de uso de maconha, observou-se que 46,4% reportaram uma diminuição nos dias de uso, 35,7% não apresentaram mudanças e 17,9% reportaram um aumento nos dias de consumo. Já em relação aos dias de uso de crack/cocaína, 48,3% dos sujeitos reportaram uma diminuição nos dias de uso, 37,9% não apresentaram mudanças e 13,8% reportaram um aumento nos dias de uso.

No que compete à quantidade de dinheiro gasto reportado antes e depois da intervenção, em relação ao álcool a mediana, antes da intervenção, foi de 35 reais (amplitude inter-quartil 10-105) e, de depois, foi de 24 reais (AIQ= 10-52), obtendo-se no teste não paramétrico de *Wilcoxon* $p= 0,025$. Com relação ao dinheiro gasto em drogas, a

mediana de antes da intervenção foi de 100 reais (AIQ= 35-325) e, depois, foi de 90 reais (AIQ= 25-237) e, no teste não-paramétrico de *Wilcoxon* obteve-se $p= 0,049$. Mais uma vez, para evitar vieses, foram retirados das análises os sujeitos que não gastaram nada em álcool e em drogas na avaliação inicial.

3.7. Prós e contras o uso de drogas

Para comparar as médias de prós e contras o uso de drogas, antes e depois da intervenção, foi utilizado o teste-t para amostras pareadas; no entanto os dados não se apresentaram significativos. O escore de pró passou de 49,4 (DP 9,7) antes, para 45,3 (DP 11,6) depois com um significância marginal de $p= 0,07$. O escore de contra passou de 73,8 (DP 12,4) antes, para 73,5 (DP 12,3) depois.

3.8. Seção Motivacional

Não houve mudança na média de habilidades reportadas antes (2,5 DP 1,2) e depois (3 DP 1,4) da intervenção. Também não foi observada mudança na mediana de vantagens e desvantagens reportados antes e depois da intervenção.

Quando perguntado se eles pretendiam parar de usar drogas na entrevista inicial 56,3% (n= 18) dizia querer parar nos próximos 30 dias; 31,3% (n= 10) dizia querer parar nos próximos seis meses; 9,4% (n= 3) dizia já ter parado; 3,1% (n= 1) dizia não querer parar de usar drogas. Não houve mudança significativa dessas posições na entrevista final; 60% (n= 18) dizia querer parar nos próximos 30 dias; 20% (n= 6) dizia querer parar nos próximos seis meses; 16,7% (n= 5) dizia já ter parado; 3,1% (n= 1) dizia não querer parar de usar drogas.

4. Discussão dos Resultados

A amostra deste estudo, era em sua maioria, constituída de homens, solteiros de baixa renda sócio-econômica, sendo que cerca da metade deles não trabalhava nem estudava. Quase que a totalidade da amostra apresentava diagnóstico de dependência de substância psicoativas, sendo que 1/3 apresentava diagnóstico de dependência de álcool, o que caracteriza esses sujeitos com muita necessidade de tratamento. Em relação ao uso de drogas, a maioria dos pacientes reportava sintomas de abstinência, fissura, prejuízos conseqüentes ao uso, e tinham desejo de alcançar a abstinência e de fazer um tratamento, o que não era tão observado quando se tratava de álcool. Constatou-se que a maioria da amostra apresentava problema com relação a *crack* e à maconha. Isso foi confirmado quando a maioria dos sujeitos apontou o *crack* como a substância que lhes trazia mais dificuldades e em segundo lugar, vinha a maconha. A idade do início do consumo de álcool e de maconha era declarada como sendo por volta dos 13 anos, e de *crack* e inalantes por volta dos 16 anos. Os sujeitos apresentavam um uso pesado de drogas, tendo chegado a ser diário nos meses de maior consumo.

Quanto à motivação dos sujeitos para cessar o uso de drogas, a maioria se encontrava no estágio de “Ambivalência” ao entrar no estudo, sendo que apenas um sujeito estava no estágio anterior, o de “Reconhecimento”. Após a intervenção, pôde-se observar uma migração significativa de sujeitos para o estágio de “Ação”, o que pode se creditado à intervenção, que contempla estratégias motivacionais, ou ainda, em função da maioria dos sujeitos já estar no estágio de “Ambivalência” (no qual o paciente reconhece seu problema); ou seja: eles já estavam propensos a avançar para o estágio de “Ação” (Prochaska & DiClemente, 1992). Assim na auto-eficácia, observou-se um aumento

significativo após a intervenção. Isso foi confirmado através da análise do *delta*, mostrando que a metade dos sujeitos havia aumentado a sua auto-eficácia. Esse resultado foi acompanhado pelo aumento significativo e gradual da percepção dos terapeutas da auto-eficácia dos sujeitos. Comparando os escores dos pacientes e dos terapeutas, percebeu-se que os pacientes, inicialmente, tendiam a ser mais otimistas do que os terapeutas (pacientes 6,8 vs. terapeutas 3,9). Após a intervenção, tanto a percepção dos pacientes como a dos terapeutas aumentou, sendo, inclusive, o aumento da percepção dos terapeutas maior do que a dos pacientes - os pacientes obtiveram um acréscimo de 0,8 e os terapeutas de 1,4 na escala de auto-eficácia. Esse movimento sugere uma eficácia indireta da intervenção já que os dados se inclinam para a mesma direção, o que dá coerência aos resultados.

Quanto ao uso de drogas, observou-se que a intervenção teve um efeito no que se refere às drogas em geral, maconha e *crack*, diminuindo significativamente os dias de uso no mês. Não houve efeito com relação ao uso de álcool e inalantes. No caso do álcool, provavelmente, o pouco efeito deveu-se ao fato de a intervenção não focar nos problemas relacionados a essa substância. Além disso, os problemas com droga eram mais intensos e mais percebidos como prejudiciais se comparados ao álcool. Provavelmente, não houve diferença significativa no uso de inalantes por ser pequena a quantidade de sujeitos que usavam essa substância, além de tal consumo apresentar um padrão de uso muito variado, o que tornou alto desvio-padrão. Também foi verificada uma diminuição significativa com relação à quantidade de dinheiro gasta em drogas e álcool no último mês, o que garantiu a coerência dos dados apresentados; melhor dizendo: tanto os dias de uso, como o dinheiro gasto em drogas foi reportada uma diminuição em cerca da metade dos sujeitos. Tal fato pode ser justificado pelo significativo aumento da motivação, ocorrendo um avanço do estágio de “Ambivalência” para o estágio de “Ação”, no qual é esperada uma efetiva mudança no comportamento (Prochaska & DiClemente, 1992). Além do mais, importa

considerar que pode ter ocorrido uma interação de fatores, como sugerido em outros estudos (Burlison & Kaminer, 2005; Litt, Kadden, Cooney, & Kabela, 2003b), onde o aumento da motivação pode ter influenciado a diminuição do uso de drogas o que, conseqüentemente, pode ter aumentado a auto-eficácia dos sujeitos. Com relação aos pacientes que não apresentaram mudança e os que reportaram aumento no uso, apesar de serem menos freqüentes dos que se beneficiaram da intervenção, devem ser considerados nessa discussão. Supõe-se que a “não mudança” ou piora desses pacientes deva-se a pouca motivação para parar de usar drogas. Ao analisar dados desses pacientes separadamente, foi observado que para a pergunta “quando você pretende parar de usar drogas?”, se comparados a toda amostra, esses pacientes eram mais propensos a responder “nos próximos seis meses” (66.7% vs. 31.3%, respectivamente) e “não pretendo parar” (11.1% vs. 3.1%, respectivamente). Eles também eram menos propensos a responder “nos próximos 30 dias” (22.2% vs. 56.3%, respectivamente) e apresentaram um escore menor no estágio de Ação (28 vs. 30,5, respectivamente).

Não foi observada mudança significativa com relação aos prós e contras do uso de drogas, apenas uma diminuição marginal no escore de pró, o que é coerente com a proposta da intervenção que procura ser mais motivacional e menos confrontativa. Assim, a intervenção estimula os sujeitos a ficarem mais propensos a perceber menos vantagens de usar drogas do que mais desvantagens no uso de drogas. Além disso, supõe-se que, para haver mudança em um pensamento ou em uma crença é necessária uma intervenção mais intensa e freqüente (Beck & Bruce, 1998), ou seja, o fato de terem-se abordado as crenças não foi suficiente para modificá-las; no entanto, esse procedimento trouxe outros benefícios aos sujeitos, como o aumento da motivação para mudança.

Não foi observada uma modificação significativa quanto ao aumento no número de habilidades de enfrentamento, contudo, análises futuras dos dados qualitativos coletados poderão indicar alguma mudança no tipo de estratégia utilizada. No entanto, estudos que avaliaram as habilidades de enfrentamento também não encontraram mudança após a intervenção, e obtiveram mudança na auto-eficácia e na motivação, como o ocorrido neste estudo (Litt, Kadden, Cooney, & Kabela, 2003a; Litt, Kadden, & Stephens, 2005a). Os estudos supuseram que a auto-eficácia e a motivação eram mediadores mais fortes para a diminuição do uso de drogas do que as habilidades de enfrentamento.

Essa intervenção se mostrou eficaz no que se refere à aderência ao estudo, pois houve apenas 6% (n= 2) de perda, sendo que a amostra se constituía, em sua maioria, por jovens usuários pesados de *crack*, pacientes que, geralmente, apresentam muita dificuldade de aderência aos tratamentos. Acredita-se que vários componentes auxiliaram para que isso ocorresse, dentre eles: (1) eram pacientes com baixa condição sócio-econômica, e que enfrentam dificuldades em obter vaga para tratamento na rede de assistência pública; (2) os pacientes recebiam auxílio para o transporte; (3) geralmente, vinham acompanhados dos familiares; (4) os sujeitos sempre recebiam uma ligação no dia anterior à consulta lembrando-lhes da sessão, o que não só pode ter servido como um lembrete, mas também ter sido sentido pelos pacientes como interesse pelo seu caso, aumentando a sua vinculação ao estudo.

Elementos referentes à técnica também podem ter contribuído para a adesão, como: (5) o fato de a técnica ser potencialmente atrativa para jovens; (6) a técnica não ser confrontativa; (7) os sujeitos poderem refletir de uma forma concreta a respeito do seu problema, sentindo-se compreendidos e vinculados ao estudo.

Todos esses componentes podem ter influenciado para a alta taxa de retenção, podendo, portanto, servir como sugestões para os tratamentos ambulatoriais de adolescentes usuários de drogas melhorarem a adesão de seus pacientes aos programas.

5. Limitações do estudo

A maior limitação desse estudo é a falta de um grupo controle para possibilitar identificar o quanto da mudança se deve à intervenção “em si” e o quanto da mudança se deve a um efeito placebo ou Efeito Hawthorne (De, Amici, Klersy, Ramajoli, & Brustia, 2000). Para responder a essa questão, é indicado um ensaio clínico randomizado. Esse tipo de delineamento não foi adotado nessa fase por ser considerado importante avaliar primeiramente se técnica apresentava benefícios aos pacientes (resultados positivos) antes de ser feito um investimento em estudo mais complexo. Tendo sido mostrado esse efeito no presente artigo, considera-se válido e necessário um novo estudo que mostre os benefícios específicos dessa técnica, sob forma comparada.

Outra limitação foi o pequeno tamanho amostral que impediu a realização de cruzamentos para analisar o efeito de algumas variáveis da amostra como: trabalho, escolaridade e dependência de álcool. Ademais, salienta-se a dificuldade de encontrar escalas validadas para a cultura brasileira a fim de medir uma intervenção nova. Essa dificuldade determinou a necessidade de que fossem procedidas as adaptações das escalas SOCRATES e da Balança Decisional. Além disso, o uso de droga e álcool foi avaliado através de auto-relato, assim como a maior parte das outras medidas. Também, futuros estudos são recomendados para verificar se a mudança ocorrida após a intervenção se mantém ao longo do tempo através de seguimentos após a intervenção.

6. Conclusão

Observou-se que a intervenção se prestou para motivar os pacientes a entrarem no estágio de ação, aumentar sua auto-eficácia e diminuir o consumo de drogas. A intervenção não apresentou efeito no que se refere ao uso de álcool. Também não foi observada a modificação dos pensamentos de prós e contras o uso de drogas, o que sugere a necessidade de uma intervenção mais intensa para que assim ocorra. O jogo se aplica bem a pacientes que estão ambivalentes a respeito de cessar o uso de drogas, uma vez que o jogo aborda a ambivalência do paciente através da polaridade de cartas positivas e negativas.

Este estudo buscou reproduzir em um ambiente de pesquisa uma situação que deveria ocorrer dentro de um contexto terapêutico. Essa intervenção foi elaborada para ser incorporada a tratamentos mais intensos, como, por exemplo, internação ou um tratamento ambulatorial, psicoterapia individual ou em grupo. No entanto, foi aplicada isoladamente neste estudo para possibilitar a avaliação dos efeitos que poderia ocasionar, tendo sido utilizados critérios de inclusão e exclusão rígidos na amostragem para compensar a falta de um grupo controle. Portanto, tomando por base os resultados desta pesquisa, recomenda-se essa intervenção como uma ferramenta útil dentro de um tratamento estruturado para aumentar a motivação do paciente, a sua auto-eficácia e contribuir no processo de cessar o consumo de drogas. Outra possibilidade, decorrente deste estudo, é a utilização do “Jogo da Escolha”, como pré-tratamento, para pacientes que se encontram em uma lista de espera para atendimento. O jogo, aplicado nessa fase, pode possibilitar o aumento da motivação do paciente para o tratamento que irá receber, o que pode propiciar um melhor aproveitamento do mesmo. No entanto, um estudo para confirmar essa hipótese se faz

necessário, bem como outros estudos que identifiquem o efeito específico do “Jogo da Escolha”.

7. Agradecimentos

Os autores agradecem a colaboração de Viviane Rodrigues, Francine Port, Sibele Faller, Luisa Soriano.

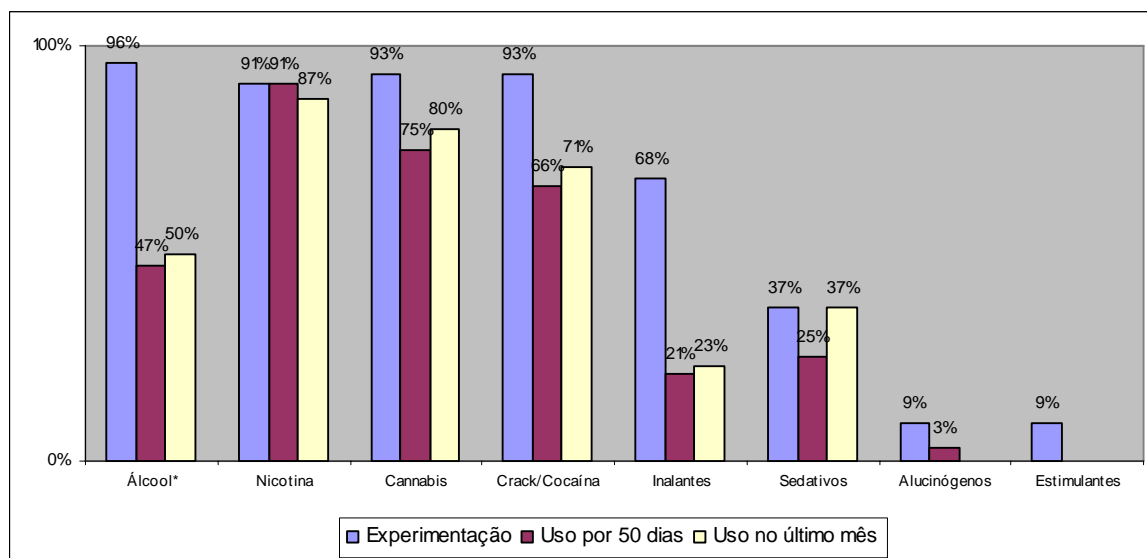
8. Referências

- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 106-115.
- Beck, J. S. & Bruce, S. L. (1998). Cognitive Therapy. In Frances R J & Miller S I (Eds.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders* (2^o edition ed., pp. 547-573). New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman C F, & Liese B S (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Publications.
- Blume, A. W., Lostutter, T. W., Schmaling, K. B., & Marlatt, G. A. (2003). Beliefs about drinking behavior predict drinking consequences. *J.Psychoactive Drugs*, 35, 395-399.
- Burleson, J. A. & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addict.Behav.*, 30, 1751-1764
- Cahill, M. A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K., & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addict.Behav.*, 28, 67-79.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C., Noto, A.R., & Nappo, A.S. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil-2001. São Paulo: CEBRID-UNIFESP.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Gawin, F. H., (1991). A Comparative Trial of Psychotherapies for Ambulatory Cocaine Abusers: Relapse Prevention and Interpersonal Psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(3) p. 229-247.
- Condiotte, M. M. & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *J.Consult Clin.Psychol.*, 49, 648-658.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L. R., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K., & Beck, A. T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch.Gen.Psychiatry*, 56, 493-502.
- De, A. D., Klersy, C., Ramajoli, F., & Brustia, L. (2000). More about the Hawthorne effect. *Anesth.Analg.*, 91, 1043.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *J.Subst.Abuse Treat.*, 27, 197-213.

- Duncan, T. E., Duncan, S. C., Beauchamp, N., Wells, J., & Ary, D. V. (2000). Development and evaluation of an interactive CD-ROM refusal skills program to prevent youth substance use: "refuse to use". *J.Behav.Med.*, *23*, 59-72.
- Figlie, I. N., 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*, 92-99.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J.Psychiatr.Res.*, *12*, 189-198.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S. C., Fletcher, B. W., Brown, B. S., & Anglin, M. D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Arch.Gen.Psychiatry*, *58*, 689-695.
- Johnston L, O'Malley P., & Bachman J. (1997). National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future Study. Rockville, MD: *National Institute on Drug Abuse*.
- Kaminer, Y. (2002). Adolescent substance abuse treatment: evidence-based practice in outpatient services. *Curr.Psychiatry Rep.*, *4*, 397-401.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J.Consult Clin.Psychol.*, *71*, 118-128.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., & Stephens, R. S. (2005). Coping and self-efficacy in marijuana treatment: results from the marijuana treatment project. *J.Consult Clin.Psychol.*, *73*, 1015-1025.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., Demming, B., & Reid, J. B. (1973). Loss of control drinking in alcoholics: an experimental analogue. *J.Abnorm.Psychol.*, *81*, 233-241.
- Miller, W.R. (1995). SOCRATES The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Version 8). *Albuquerque (NM): Univ New Mexico*.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A., & Abrams, D. B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction*, *92*, 1717-1728.
- Myers, M. G. & Brown, S. A. (1996). The Adolescent Relapse Coping Questionnaire: psychometric validation. *J.Stud.Alcohol*, *57*, 40-46.
- Pechansky, F., Benzano, D., & Diemen, L. (2005). Uso de drogas y riesgos relacionados con el VIH/SIDA en diferentes muestras de Porto Alegre, Brasil. *Transtornos Adictivos*, *7*, 130-136.

- Pechansky, F., Kessler, F., Von, D. L., Inciardi, J. A., & Surratt, H. (2005). Substance use, risk situations, and HIV seroprevalence among individuals seeking free HIV testing in Porto Alegre, Brazil. *Rev Panam.Salud Publica*, 18, 249-255.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog.Behav.Modif.*, 28, 183-218.
- Rebello, S., Monteiro, S., & Vargas, E. (2001). A visão de escolares sobre drogas no uso de um jogo educativo. *Interface- Comunicação, Saúde e Educação*, 5, 75-88.
- Rehm, J., Room, R., van den, B. W., & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology. *Eur.Neuropsychopharmacol.*, 15, 389-397.
- Schall, V., Monteiro, S., Rebello, S., & Torres, M. (1999). Evaluation of the ZIG-ZAIDS game: an entertaining educational toll for HIV/AIDS prevention. *Caderno de Saúde Pública*, 15, 107-119.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *J.Pers.Soc.Psychol.*, 48, 1279-1289.
- Williams A V & Pechansky F (2004a). O Joga da Escolha: Uma técnica psico-educacional para habilidades de enfrentamento de situações de risco em adolescentes usuários de drogas. In *XXII Jornada Sul Rio-grandese de Psiquiatria Dinâmica*. Porto Alegre.
- Williams A V & Pechansky F (2004b). O Joga da Escolha: Uma técnica psico-educacional para habilidades de enfrentamento de situações de risco em adolescentes usuários de drogas. In *XI Congresso da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas* São Paulo.
- Williams A V & Pechansky F (2004c). The Choice Game- a psico-educational technique for coping with risk situations in adolescents drug users. In *NIDA International Forum* San Juan, Porto Rico.

Figura 1: Uso de drogas reportado pela amostra



* Uso de álcool: 5 ou mais drinques ingeridos de uma vez durante 50 dias na vida

Tabela 1: Escores brutos e ponderados na escala SOCATES antes e depois da intervenção

	Reconhecimento			Ambivalência			Ação		<i>p</i> *
	Antes M (DP)	Depois M (DP)	<i>p</i>	Antes M (DP)	Depois M (DP)	<i>p</i>	Antes M (DP)	Depois M (DP)	
Escores Brutos	29,3 (4,5)	28,7 (4,2)	NS	15,7 (2,4)	15,7 (1,9)	NS	30,5 (5,2)	34,37 (4,0)	0,001
Escores Pond.	34 (20,3)	29,7 (17,7)	NS	58 (19,7)	57,3 (17,2)	NS	38,3(26,0)	59,3 (22,4)	0,001

**Teste t para amostras pareada*

Tabela 2: Mudança nos estágios de Ambivalência e Ação antes e depois da intervenção

	Ambivalência Depois % (n)	Ação depois % (n)	Total % (n)
Ambivalência antes	41,4 (12)	27,6 (8)	68 (20)
Ação antes	0 (0)	31,0 (9)	31 (9)
Total % (n)	41,4 (12)	58,6 (17)	100 (29)

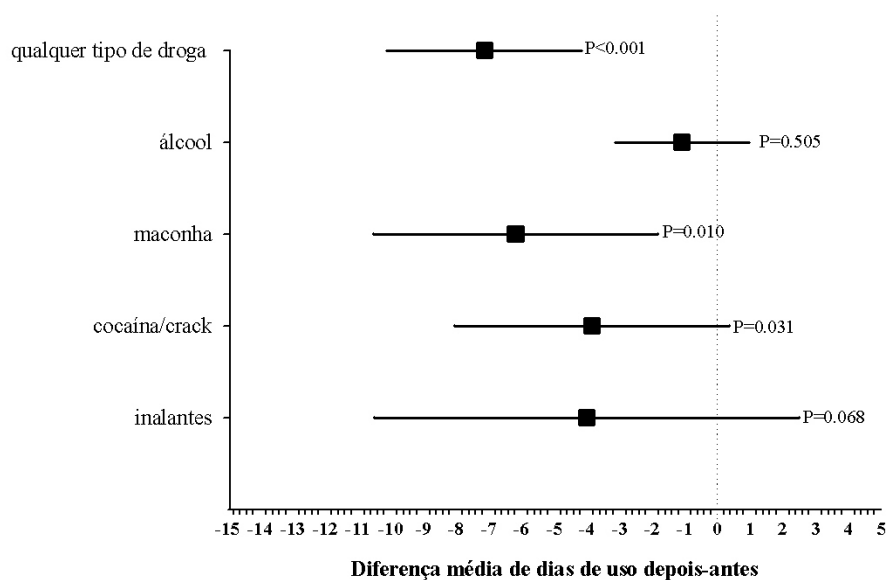
Teste não paramétrico de McNemar $p= 0,008$

Tabela 3: mediana e amplitude inter-quartis dos dias de uso no mês de substâncias antes e depois da intervenção

Substância	Antes MD (AIQ)	Depois MD (AIQ)	<i>p</i> *
Qualquer tipo de droga (n=29)	20 (14,5-29)	11(3-25)	< 0,001
Álcool (n=30)	3 (0-7,7)	3 (1-7,2)	0,505
Maconha (n=22)	20 (10,5-27)	9 (1,5-27,2)	0,01
Crack/cocaína (n=24)	9 (2,7-15)	2,5 (0-10)	0,031
Inalantes (n=16)	0,5 (0-10)	0 (0-0)	0,068

**Teste não paramétrico de Wilcoxon*

Figura 2: Distribuição das diferenças médias (intervalo de confiança de 95%) dos dias de uso depois- antes da intervenção.



6. ARTIGO 2

Versão em inglês submetida para publicação.

**Evaluation of the effects of a Therapeutic Game aimed at Relapse Prevention and
Motivation for Change in Young Drug Users***

Anna Virginia Williams, Elisabeth Meyer, Flávio Pechansky

Address for Correspondence:

Anna Virginia Williams

Center for Drug and Alcohol Research, Federal University of Rio Grande do Sul

Rua Ramiro Barcelos, 2350, sala 2201A - 2º andar

Hospital de Clinicas de Porto Alegre

Porto Alegre - RS - Brazil

CEP: 90035-903

annav@uol.com.br

* Submitted for publication: Journal of Substance Abuse Treatment. Impact factor: 2.034

* This study was supported by FIPE/HCPA (n.º 04-175). The first author received CAPES scholarship.

Abstract

The use of drugs by the youth population is worrisome to the health professionals, due to a gradual increase in the prevalence of experimentation and drug consumption in the last ten years. In an attempt to revert this situation, professionals have been trying to advance the development of new techniques. Literature shows that techniques that teach patients efficient ways to deal with risk situations -such as the development of coping skills, have recently stood out in the treatment of addiction disorders. **Objective:** The present study aims at evaluating the effects of a therapeutic card game for young drug users which has been developed in Brazil. This game aimed approaches common beliefs of young drug users and develops coping skills for situations that threaten abstinence. **Method:** The authors conducted an open trial with 32 youngsters (90% male) who reported use of an illicit drug in the past 30 days, were between 18 and 21 years old, and reported no prior treatment in the past 30 days. Subjects were recruited either by a newspaper or a radio add. After an intake interview they completed three weekly individual sessions of the game, administered by trained professionals. Subjects were re-assessed at the end of the study. The following instruments were administrated: ASI-6 (drug and alcohol section), MINI (drug and alcohol dependence and abuse), Decisional Balance, SOCRATES scale and an open question about motivation. **Results:** The outcomes indicate that after the intervention 27.6% of the subjects presented a significant increase in motivation, moving from the ambivalence to the action stage ($p < 0.01$). They also significantly decreased the use of crack-cocaine and cannabis in days/month, from a mean of 10 to 6 days ($p = 0.017$) and 18 to 12 days ($p = 0.01$), respectively; there was no significant decrease in alcohol use or other drugs. Besides that, their self-efficacy verified through a scale from 0-10 for the question “how capable do you fell to quit drug use?” significantly increased from a mean of 6.8 to 7.6 ($p = 0.03$). The

intervention, however, did not show to have effect in the Decisional Balance.

Conclusions: The findings suggest that the technique is useful to motivate patients to quit their drug use, increase their self-efficacy and effectively decreasing their drug use.

Therefore, the game may be recommended to be used in the beginning of the treatment, as a motivational tool, or as pre-treatment increment for patients who are in waiting lists.

Further studies are needed to test specific effects of the intervention.

Key words: therapeutic game, interventions, youth, drug use

1. Introduction

The prevalence rates of experimentation and drug dependence among youths are high and growing in many countries, such as the United States, countries of the European Union and Latin America (Johnston, O'Malley, & Bachman, 1997; Rehm, Room, van den, Brink, & Kraus, 2005; Carlini, Galduróz, Notice, & Nappo, 2002). However, there is a shortage of studies that investigate the evidence of treatment effectiveness for adolescent drug users, and the ones available have not produced significant results, which is worrisome since the damage caused by the use of drugs in that age group is well known (Kaminer, 2002; Hser et al., 2001). Kaminer justifies this lack of scientific evidence saying that the studies present many methodological limitations such as small sample size, heterogeneous selection criteria, and inappropriate outcome measures (Kaminer, 2002). However, studies conducted with an ideal design to evaluate the efficacy of the interventions, such as a randomized clinical trial, demand time, team readiness, and rich sources of funding, which is particularly difficult to obtain for the testing of psychotherapeutic approaches.

Kaminer also stresses the need to improve the results of treatment in short- and long-term bases, increasing the motivation and improving the patients' adherence to programs (Kaminer, 2002). In order to answer to all of these demands, not only well designed studies are necessary, but also innovative ones, based on a solid theoretical base and with wide applicability to the adolescents' reality, since youth presents the specific problem of treatment adherence.

There are some studies with good methodological approaches for cocaine dependent patients. In a trial conducted by Crits-Christoph and colleagues, four approaches were compared: (1) individual counseling (2) cognitive therapy and (3) supportive-expressive therapy added to group-therapy, or (4) group-therapy as a separate form (Crits-

Christoph et al., 1999). Results showed that all treatments presented a significant improvement from the first interview when compared to the last one, having decreased from a mean of 10.4 days of cocaine use in the month (S.D.7.8) to 3.4 (S.D.6.5). Individual counseling presented better outcomes compared to the other three approaches, although the reasons for that difference are not clear yet. A hypothesis for that result is that individual counseling is addressed to the modification of the drug use behavior, which highlights the relevance of objective treatments and focuses on target problems, a known practice in cognitive-behavioral therapy (CBT).

Recent studies show that CBT is efficient in the reduction of drug use among adolescents (Dennis et al., 2004), offering a logical treatment strategy focused on the modification of the less adaptive cognition that increases the risk for relapse (Myers & Brown, 1996). One of the assumptions of CBT is that thoughts and beliefs are important mediators of addictive behaviors, negative emotions, and physiological responses (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993). Marlatt and colleagues had already observed the influence of the beliefs in the individuals' behavior when subjects who believed to be drinking alcohol, but, actually were not, presented more intoxication symptoms than those who were really intoxicated but believed not to be drinking alcohol. That experiment illustrates that beliefs have an independent effect on the individuals' behavior - therefore, it is assumed that the modification in beliefs can influence behavior change (Marlatt, Demming, & Reid, 1973; Blume, Lostutter, Schmaling, & Marlatt, 2003).

Relapse prevention, an approach inside the spectrum of CBT, also presents positive results in the treatment of substance use disorders. A study comparing psychotherapy based on relapse prevention versus interpersonal psychotherapy found favorable outcomes towards the first approach (Carroll, Rounsaville, Gawin, 1991). Patients who received relapse prevention were prone to stay abstinent for three or more weeks (54% vs. 33%), to

be considered recovered at the end of the treatment (43% vs. 19%) and to complete treatment (67% vs. 38%).

Some studies regarding treatment efficacy identified important mediators and predictive factors for abstinence such as the promotion of coping skills, which is considered an important resource for the handling of relapse situations (Monti, Rohsenow, Michalec, Martin, & Abrams, 1997; Litt, Kadden, & Stephens, 2005; Litt, Kadden, Cooney, & Kabela, 2003). Also, self-efficacy - which is the perception of the capacity of reaching the desired result - came as an important mediator in the recovery of tobacco patients (Condiotte & Lichtenstein, 1981) and adolescent drug users (Burluson & Kaminer, 2005). Another important element in the change of addictive behavior is the level of the patient's motivation to interrupt drug consumption. Motivational levels have been investigated in several studies, and came out as important predictive factors for positive results in the treatment of addiction disorders (Cahill, Adinoff, Hosig, Muller, & Pulliam, 2003).

The integration of creative interventions that deal with elements that can be predictive of abstinence behaviors seems suitable in the treatment of adolescent drug users. An alternative is the development of therapeutic games, a dynamic and playful form of preventing and treating public health problems such as drugs and HIV among youths. Some examples of such initiatives are: the game "ZIG-ZAIDS" - a playful resource for information and prevention of AIDS aimed at pre-adolescents and adolescents (Schall, Monteiro, Rebello, & Torres, 1999), "The Game of the Wave" - a strategy for prevention of drug use in adolescents from 12 to 18 years (Rebello, Monteiro, & Vargas, 2001) and a CD-ROM for training of refusal skills for the availability of cannabis (Duncan, T., Duncan, S., Beauchamp, Wells, & Ary, 2000).

The present article aims at testing the effect of a therapeutic game developed in Brazil for young drug users. The game is entitled “The Game of Choice”, and its main objectives are to approach typical beliefs of young drug users and promote coping skills, as well as seeking to motivate patients for behavior change.

2. Method

An open trial was conducted in which drug users from 18 to 21 years old were selected through announcements in the media. They were submitted to an experimental intervention divided in three sessions, without a control group, which had the following objectives: to increase motivation, self-efficacy, and thoughts in relation to drug use, as well as decreasing drug use. The study was approved by the Institutional Review Board of Hospital de Clinicas de Porto Alegre, where the project was conducted.

2.1. Sampling

Almost all of the sampling (94.5%) was done through newspaper and radio announcements (7 announcements were printed in local newspapers and 4 were broadcasted by radio). The remaining of the sampling (5.5%) was obtained by chain referral, through the identification of target subjects. It is important to point out that the same words that were used in the announcements were also used to identify the target subjects. The sampling calculation was done considering a moderate size effect of 0.6 for the intervention, power of 90% and α of 0.05, resulting in a minimum requirement of 30 participants.

Through the announcements, 104 calls were received and 6 target subjects were invited to participate in the study. Usually the initial contact, through telephone, was established

by initiative of the subject parents' or by another family member. Through the phone an initial triage was performed, and a face-to-face interview was set with the volunteer to confirm the presence of the inclusion criteria and absence of the exclusion criteria. Out of 110 subjects, 38.2% (42) presented appropriate inclusion criteria, as follows:

- age between 18 and 21 years;
- at least 5 years of study;
- without hospitalization or any drug treatment in the month prior to intake;
- reported drug use in the last month;
- living in Porto Alegre or in the metropolitan area;
- having a telephone and permanent address;

For subjects that were not chosen for the study, a list of treatment Centers in Rio Grande do Sul was offered and sent by mail.

Subjects were requested to come to the clinic being drug-free.

Out of the 42 potential cases, 24% (10) possessed one or more exclusion criteria, distributed as follows:

- less than 24 points in the Mini-Mental Exam (Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, 1975) (4 subjects);
- presenting current psychotic symptoms, ascertained by the criteria of the Mini-International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0 (Amorim, 2000) (2 subjects);
- presenting moderate to serious suicide risk ascertained by the criteria of the MINI (Amorim, 2000) (7 subjects);

Subjects who were excluded were sent to a public psychiatric clinic and the relatives were contacted.

The final sample comprised 32 youths; and two patients refused to continue the intake procedure and were dropped out of the study.

2.2. Procedures

All the volunteers who participated in the study went through an initial evaluation with a mean time of 1 hour and 15 minutes. After the initial interview, the volunteer was assisted by a therapist that conducted the first session of the intervention, which was provided another two times by the same therapist with an interval of one week between the sessions. The meetings were individual and they lasted about 45 minutes. One week after the third session, the volunteer returned for the final interview, which lasted on average 30 minutes. Transportation to and from the study site was provided.

In the first session, subjects received a table with a schedule of the next meetings. They were reminded of the meetings by phone, in the day previous to the consultation. In case the volunteer didn't come to the meeting, a contact by telephone was done and a new day was set, allowing for seven days between the two sessions. The average length of stay between intake and discharge was 26 days (S.D. 6.01).

At the end of the study, participants were supplied with the results of the intake interview, a participation certificate, informative leaflets and folders about drugs provided by the National Anti-drug Secretariat, a small gift (maximum value of about around US\$ 2.3) and a list of drug treatment centers. When necessary, volunteers were sent to either outpatient or inpatient treatment.

2.3. Instruments

During the study the following instruments were used:

- A standard structured form for sociodemographic data utilized in previous studies conducted by the research center (Pechansky, Benzano, & Diemen, 2005; Pechansky, Kessler, Diemen, Inciardi, & Surratt, 2005).
- Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0, for the diagnosis of drug abuse and dependence (Amorim, 2000).
- Alcohol and drug section of the Addiction Severity Index (ASI)-6¹⁷, with focus on previous treatments, history of substance use and alcohol (days of use), symptoms of drug and alcohol dependence, amount of money spent in the last month in drugs and alcohol, subjective perception of the treatment need, and need to reach total abstinence for alcohol and drugs.
- Decisional Balance (Velicer, DiClemente, Prochaska, & Brandenburg, 1985) translated and, back-translated, approved by the original authors. This instrument is composed of 42 sentences that evaluate the “pros” and “cons” of drug use through a Likert scale of 5 points (from “not important” to “extremely important”), resulting in a score for "pros" and another for "cons", ranging from 42 to 210 points.
- Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) (Miller, 1995), in its Brazilian version (Figlie, Dunn, & Laranjeira, 2004) adapted for drugs. SOCRATES has 19 questions that evaluate the motivation to interrupt drug use, ascertained through a Likert scale of 5 points (from “completely disagree” to “completely agree”), generating three stages: Recognition (the patient doesn't recognize he/she has a drug problem), Ambivalence (patient acknowledges the problem, but

¹⁷ J. Cacciola *et al*, 2005- Philadelphia; F. Kessler *et al*, 2005. Validação Transcultural do Addiction Severity Index (ASI) versão 6 para o Brasil. Projeto em execução.

hasn't done anything to interrupt drug consumption) and action (makes changes in drug use).

Motivational section:

In order to obtain further information on motivation, we asked some additional questions: a question to evaluate the stage of change as for quitting the use of drugs (“Do you intend to stop using drugs?”), a question to evaluate self-efficacy from 0-10 (“How much do feel capable of stopping drug use?”), an open question to evaluate the repertoire of coping skills (“What can someone do to avoid the use of drugs?”), an open question of advantages and disadvantages of using drugs.

In the final interview the ASI, Decisional Balance, SOCRATES and the motivation section were done again.

2.4. Intervention

An intervention of three individual sessions of 45 minutes each was previously developed, named “The Game of Choice”. This technique has elements of cognitive-behavioral therapy (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993), relapse prevention (Marlatt & Gordon, 1985) and of the Stages of Change model (Prochaska, & DiClemente, 1992). The description of its development is presented in another article¹⁸.

“The Game of Choice” is played with 28 cards, divided in two decks of 14 positive cards and 14 negative cards (Williams & Pechansky, 2004; Williams & Pechansky, 2004; Williams & Pechansky, 2004). In the negative cards there are assertives derived from the typical beliefs of youths with drug problems; in the positive cards there are strategies to

avoid drug use. During the game, the subject is invited to think about the negative assertives and to elect coping strategies from the various options offered in the positive cards. In this way, the subject forms pairs of negative cards (beliefs) with positive cards (coping skills). An example of such combination would be for the negative card “Drugs make me forget my problems”, together with the positive card “When I remember how bad I feel after using drugs, I realize it is not worthwhile.”

The amount of positive and negative cards used varies in each session. The first session begins with the presentation of the first seven negative cards, and at the end of the game the therapist offers seven positive cards at random for the subject to form pairs. In the second session the negative cards from 8 to 14 are presented, and all positive cards are offered for the subject to choose. In the third session, all negative cards from 1 to 14 are presented, and the subject is requested to choose which cards he most identifies with. The assertives chosen by the subject are explored one by one by the therapist, who offers all positive cards for the solution of those situations. Additionally, in the third session it is offered to the subject the possibility to write his own positive cards, thinking about coping strategies which are specific for his case. At the end of the third session, the subject can take along his newly created cards and use them at his will.

After each session, the interventionists filled out a report form describing the items worked and the cards used. Besides that, the therapists marked in a scale from 0-10 how much they believed that the volunteer was capable of quitting drug use.

2.5. Interventionists and interviewers

The interviews for data collection, the interventions and the data entering were conducted by independent teams. The interview team, which did the intake and discharge

¹⁸ Williams et al., *Desenvolvimento de um Jogo Terapêutico para Jovens Usuários de Drogas*, submitted to publication.

evaluation, was composed of two undergraduate students of the school of medicine and two psychologists. That team received training in the beginning of the study, and boosters in the middle of the study. The interventions were conducted by three therapists with at least three years of experience in drug treatment, who received previous training before study initiation, as well as weekly supervision during the study. Another procedure to ensure the accuracy of the intervention was the use of a manual with detailed instructions for each of the three sessions. There was an attempt to equally distribute the amount of subjects for each interventionist, being the division of the 32 subjects in 13, 9 and 10 among the three therapists.

2.6. Statistical Analysis

Data were stored in Access version 2002 - XP. The data was entered by a statistics student and a random check of 20% of the questionnaires was done by the primary author. Data were analyzed using SPSS 13.0. Frequencies were used for the description of categorical variables and numeric summarizers for the continuous variables. Mean and standard deviations were used when the distribution of the continuous variables was symmetrical, and median and inter-quartile range is presented when the distribution is asymmetrical. For the analysis of the categorical data we used McNemar's non-parametric test. For the evaluation of the numeric data, the Student's T for paired samples was used in the comparison of mean of continuous symmetrical variables, and ANOVA for repeated measures in the comparison of more than two means in that same condition. Wilcoxon's non-parametric test was used in the comparison of means of continuous asymmetrical variables. When necessary we calculated the difference ("delta") between the score obtained after the intervention from the score obtained before. That calculation was accomplished case by case, allowing for the verification of the frequency of the subjects

that increased, decreased and of the ones that didn't change their score after the intervention. All statistical analyses used $\alpha = 0.05$.

3. Results

3.1. Demographics

The sample was constituted, in its majority, by male subjects (90.6% $n = 29$), with mean age of 19.5 years (S.D. 1.08), 90.6% ($n = 29$) single, with mean of 10.5 (S.D. 1.8) years of education. Only 6.3% ($n = 2$) were studying and 53.1% ($n = 17$), were working. Regarding the ethnic group, 56.3% ($n = 18$) considered themselves white, 31.2% ($n = 10$) black and 12.5% ($n = 4$) mulato. With regard to living arrangements, 40.6% ($n = 13$) were living with just one of the parents, 25% ($n = 8$) with both parents, 21.9% ($n = 7$) with other members of the family, 12.5% ($n = 4$) with the spouse. The median of the personal income was of 267 Brazilian Reais (Interquartil range 0-496), or US\$ 125 (IQR 0-230), and the median of the family income was of 800 Brazilian Reais (IQR 488-1875) or US\$ 375 (IQR 225-880).

Regarding the diagnosis of drug dependence 25% ($n = 8$) of the subjects presented alcohol dependence, 37.5% ($n = 12$) alcohol abuse, and 96.9% ($n = 31$) dependence of psychoactive substances.

In relation to previous drug and alcohol treatment during life, 43.8% ($n = 14$) of the subjects had not had any treatment, while 56,2% ($n = 18$) had had at least one previous treatment episode. The mean age in that the subjects had begun the first treatment for alcohol and drugs was 17.6 (S.D. 1.6).

3.2. Pattern of Alcohol Consumption

Regarding symptoms of alcohol dependence, 15.6% (n = 5) of the subjects reported that they had one or more symptoms in the past 30 days. Of the total number of subjects, 81.3% (n = 26) said that they did not feel concerned with problems related to the use of alcohol. Regarding the subjective perception of treatment need for alcohol use, 53.1% (n = 17) said that it was “not important” and 25% (n = 8) said that it was “considerably important.” Regarding the importance of reaching total alcohol abstinence 34.4% (n = 11) said it was “not important”, 21.9% (n = 7) “slightly important”, 18.8% (n = 6) “considerably important”, and 18.8% (n = 6) “extremely important.”

3.3. Pattern of Drug Consumption

Figure 1 shows the frequency distribution of experimentation of each drug (alcohol, nicotine, cannabis, crack-cocaine/cocaine, inhalant, sedatives, hallucinogens, and stimulants), the frequency of subjects that had consumed that substance for at least 50 days in life and the frequency of subjects that had consumed alcohol or drugs in the last month.

Insert **Figure 1** here

The mean age of experimentation for alcohol was of 13.2 years (S.D 4), 13.9 years (S.D 2.9) for cannabis, 16.3 years (S.D 1.8) for crack-cocaine, of crack-cocaine/cocaine 16.1 years (S.D 2.1) for inhalants, 17.1 years (S.D 2) for sedatives, 18 years (S.D 2) for hallucinogens, and 18 years (S.D. 0) for stimulants. Most of the sample (65.6%, n = 21), considered crack-cocaine the substance that most brought them difficulties, with cannabis being reported in second for 46,9% (n = 15) of the subjects. When the subjects were asked about the frequency of drug use during the month in that they were consuming more

intensely, 71.9% (n = 23) of the answered “daily” and 15.6% (n = 5) “3-6 times a week.” In the last month, 65.6% (n = 21) of the sample felt withdrawal symptoms, 62.5% (n = 20) felt difficulties of controlling drug use, 75% (n = 24) presented health, psychological or social problems due to drug use, and 71.9% (n = 23) felt craving for drugs.

In the last 30 days, 46.9% (n = 15) of the subjects felt “extremely concerned” with drug problems, 21.9% (n = 6) felt “not concerned” and 18.8% (n = 6), “considerably concerned”. When asked how important was treatment for drugs, 65.6% (n = 21) answered to be “extremely important”, and 25% (n = 8), “considerably important.” When asked how important it was to reach total drug abstinence, 68.8% (n = 22) answered “extremely important”, and 21.9% (n = 7) answered “considerably important.” Still regarding abstinence, 34.4% (n = 11) of the sample reported that they had maintained themselves completely abstinent of drugs and alcohol for at least one year.

3.4. Motivation

Motivation to interrupt drug use was evaluated through SOCRATES. **Table 1** presents the raw scores and the weighted scores that the sample presented in that scale.

Insert **Table 1** about here

Table 2 presents the percentage of subjects that remained in the same stage that they were before the intervention, and the percentage of subjects that moved to another stage. The only subject that was in the stage of “Recognition” was excluded to allow for this analysis. That subject moved forward from the “Recognition” stage to the “Ambivalence” stage after the intervention.

Insert **Table 2** about here

3.5. Self-efficacy

Self-efficacy was evaluated through a scale from 0 to 10 for the question “How capable do you feel to stop using drugs?” There was a significant change from a mean of 6.8 to 7.6 after the intervention ($p < 0,001$, T-test for paired sample). In the analysis of the “delta” calculation, 50% of the subjects reported an increase in their perception of self-efficacy after the intervention, 33.3% didn't report change, and 16.7% reported a reduction in their perception of self-efficacy.

The perception of the interventionists regarding the subjects' self-efficacy was reported at the end of each session. A significant and steady increase was observed in their perception across time. In the first session, their mean score was 3.9 in the second session, it was 4.7 and, in the third session it was 5.3 ($p < 0,001$, t-test for repeated measures).

3.6. Drug use

Days of use in the month prior to intervention were compared to the days of use at the end of the three interventions. Due to the high standard deviations, the Wilcoxon's non-parametric test was used, and values are reported in median and inter-quartile range. To avoid bias in favor of the expected outcome, subjects that had not consumed the substance at intake were excluded from this analysis. The days of use of inhalant presented a high variation due to the small number of subjects and to the different patterns of consumption of the ones that used that substance. Findings are summarized in **Table 3**.

Insert **Table 3** about here

Distributions of the mean differences of days of use are presented (use of any drugs, alcohol, cannabis, crack-cocaine/cocaine and inhalant) after and before the intervention with an interval of confidence of 95% in **Figure 2**. Again, to avoid bias in favor of the outcome, the subjects that had not consumed the substance at intake were excluded from the analysis.

Insert **Figure 2** about here

When the “delta” was calculated, we observed that 66.7% of the sample reported a decrease in the days of drug use, 23.3% didn't report changes, and 10% increased the days of consumption. In that same analysis, but in relation to the days of cannabis use, it was observed that 46.4% decreased the days of use, 35.7% didn't present changes and 17.9% increased the days of consumption. In relation to the days of crack-cocaine use, 48.3% of the subjects decreased the days of use, 37.9% didn't present changes and 13.8% increased the days of use.

Concerning the reported amount of money spent with alcohol before and after the intervention, the median before the intervention was of 35 Brazilian Reais (Interquartil range 10-105), or U\$16 (IQR 4-50), compared to 24 Brazilian Reais (IQR 10-52) or U\$ 11 (IQR 4-25), a significant difference when using Wilcoxon's non-parametric test ($p = 0.03$). Regarding the money spent on drugs, the median before the intervention was of 100 Brazilian Reais (IQR 35-325) or U\$ dollars (IQR 16-152) compared to 90 Brazilian Reais (IQR 25-237) (U\$ 42 (IQR 11-110) at the end of the intervention. This finding was significant at a $p= 0.05$ for the Wilcoxon's test. Once again, to avoid bias, we excluded from the analyses the subjects who had not spent any money in alcohol and drugs at intake.

3.7. Pros and Cons of Drug Use

To compare the mean of pros and cons of drug use before and after the intervention, we used the T-test for Paired Samples, which showed no significance in the analyses. The score of pros changed from a mean 49.4 (SD. 9.7) at intake to 45.3 (SD.11.6) at discharge, reaching marginal significance ($p=0.07$). The score for pros changed from 73.8 (SD.12.4) at intake to 73.5 (SD.12.3) at discharge.

3.8. Motivation Section

We verified no expressive changes in the mean of coping skills reported before (2.5 S.D.1.2) and after (3 S.D.1.4) of the intervention. Changes were not observed in the mean of pros or cons reported.

When asked at intake if they intended to stop using drugs, 56.3% ($n = 18$) of the subjects said they wanted to quit in the next 30 days; 31.3% ($n = 10$) said they wanted to quit in the next six months; 9.4% ($n = 3$) said that they already have stopped; 3.1% ($n = 1$) said they didn't want to stop using drugs. There was no significant change in those positions in discharge: 60% ($n = 18$) said that they wanted to stop in the next 30 days; 20% ($n = 6$) said that they wanted to stop in the next six months; 16.7% ($n = 5$) said that they already have stopped; 3.1% ($n = 1$) said they didn't want to stop using drugs.

4. Discussion

The sample of this study was mostly of single men of low socioeconomic background, and half did not work or study. Most presented a diagnosis of drug dependence, and 1/3 presented diagnosis of alcohol dependence, which characterizes these clients as in clear need for help. With regard to drug use, most clients reported withdrawal symptoms, craving and consequent damages due to drug use, describing a desire to reach

abstinence and of undergo treatment, which was not so much observed in relation to alcohol. Most of the subjects pointed crack-cocaine and cannabis as the substances that brought them most difficulties. The age of debut for alcohol consumption and cannabis was around 13, and of crack-cocaine and inhalant around 16. Subjects reported daily use of drugs in the months of more consumption.

As for the motivation of the subjects to quit drug use, most subjects were in the “Ambivalence” stage at intake, and just one subject was in “Recognition.” After the intervention, a significant migration of subjects could be observed to the “Action” stage. That can be an effect of the intervention, which deals with motivation strategies, or even due to the fact that most of the subjects were already in the “Ambivalence” stage (in which the patient recognizes his/her problem), so they were already prone to move forward to the “Action” stage (Prochaska & DiClemente, 1992). As for self-efficacy, a significant increase was observed at discharge. That was confirmed through the analysis of the delta, showing that half of the subjects had increased self-efficacy, which was accompanied by a significant and gradual increase of the therapists' perception of the subjects' self-efficacy. Comparing patients' and therapists' scores, we could notice that patients initially tended to be more optimistic than therapists. After the intervention, both the patients' and therapists' perceptions increased, being, in fact, the increase of the therapists' perception larger than the one of the patients - patients obtained an average increment of 0,8 and therapists 1,4 in the scale of self-efficacy.

That movement suggests, indirectly, the efficacy of the intervention, since all data goes to the same direction, and this gives coherence for the outcomes.

Regarding drug use, it was observed that the intervention had an effect in what it refers to drugs in general, with a significant decrease in the report of days of use for cannabis and crack-cocaine. There was no effect on alcohol and inhalant use. In the case of

alcohol, this was probably due to the fact that the intervention did not focus alcohol problems in its content. Besides, problems with drugs were more intense and described as more harmful if compared to alcohol. Probably there was no significant difference in the use of inhalants because of the small number of subjects that used that substance; besides, such consumption presented a varied pattern of use, which yields a higher standard-deviation.

A significant decrease was verified regarding the amount of money spent on drugs and alcohol in the last month, which guaranteed the coherence of the data presented; in both, the days of use as well as the money spent on drugs was reportedly decreased in about half of the sample. Such fact can be justified for the significant increase in motivation, progressing from the “Ambivalence” stage to the “Action” stage, in which a real change is expected in the behavior (Prochaska, & DiClemente, 1992). Besides, it is important to consider that there might have happened an interaction of factors, as suggested in other studies (Burlison, & Kaminer, 2005; Litt, Kadden, Cooney, & Kabela, 2003), where the increase in motivation might have influenced the decrease of drug use that, consequently, might have increased the subject’s self-efficacy. As for the patients who didn’t present change and the ones that worsened, although they are less frequent than the ones who benefited from the intervention, they should be considered in this discussion. It is assumed that the “no change” or the “worsening” of those patients is due to their lack of motivation to stop drug use. In the separate data analysis of these patients we found that for the question “When do you intend to quit drug use?” they were more likely to answer “In the next 6 months” when compared to clients who had change (66.7% vs. 31.3%, respectively) and “I do not intend to quit” (11.1% vs. 3.1%, respectively). Also, they were less likely to answer “In the next 30 days” (22.2% vs. 56.3%, respectively), and presented a lower score in the Action stage (28 vs. 30.5).

Significant change was not observed regarding the pros and cons of drug use - just a marginal decrease in the score of “pros”, which is coherent with the suggestion of the intervention, which tries to be more motivational and less confrontational. In this way, the intervention seems to stimulate subjects be more prone to notice less advantages of using drugs than more disadvantages. Besides, it is assumed that in order for change to occur in a thought or belief, a more intense and frequent intervention would be necessary (Beck & Bruce, 1998). In other words, the fact of having approached the beliefs was not enough to modify them; however, that procedure seems to have brought other benefits to the subjects, as the increase of their motivation to change.

We did not observe modifications in the number of coping skills; however, future analysis of the qualitative data that were collected could suggest some changes in the types of strategy utilized. However, studies that evaluated coping skills have not found change after the interventions (Litt, Kadden, Cooney, & Kabela, 2003; Litt, Kadden, & Stephens, 2005), but they obtained change in self-efficacy and in motivation, as it happened in this study. These studies assumed that self-efficacy and motivation were stronger mediators for the decrease of drug use than coping skills.

This intervention or its associated factors were found effective in what refers to adherence to the study, since there were only two losses, we must point out that this sample was comprised by young, heavy users of crack-cocaine, who are usually quite resistant to treatment. We believe that several components conveyed this effect, among them: (1) these were patients with low economic income, who face difficulties in getting treatment slots in the public health system; (2) they received transportation to and from the clinic; (3) usually, they came escorted by their primary relatives, who were the primary motivators and in fact made most of the phone contacts for the study intake interviews; (4) they always received a phone call in the day previous to the consultation reminding them of the

session, which not only might have served as a reminder, but also could be felt as concern for their case, increasing their adherence to programs with the study.

Elements regarding the technique might also have contributed to the adherence, such as: (5) the fact that the technique seems attractive for youths; (6) the technique is not confrontational in its contents; (7) subjects could think in a concrete way about their problem, being understood and connected to the study.

All those points above might have influenced the high retention rate; therefore, being able to serve as suggestions for the outpatient treatments of adolescents drug users improve their adhesion of their patients to the programs.

5. Study Limitations

The largest limitation of this study is the lack of a control group to identify how much of the change is due to the intervention “itself”, and how much is due to a placebo or Hawthorne effect (De, Amici, Klersy, Ramajoli, & Brustia, 2000). In order to answer that question, a randomized clinical trial is strongly recommended for future testing of the intervention. That design was not adopted in this phase because we considered important first to evaluate whether the technique presented benefits to the patients (positive results) and no evident harm before more in depth investigation.

Another limitation was the small sample size, which prevented some cross-analyses for the effect of some important variables including employment, education, and alcohol dependence. Besides, it is important to point out the difficulty to find validated scales for the Brazilian culture in order to measure this new intervention. That difficulty determined the need to use the SOCRATES scale and of the Decisional Balance. Moreover, drug and alcohol use was evaluated through self-report, as most of the other measures. Also, future

studies with follow-up procedures after discharge are recommended to confirm whether the changes obtained after the intervention can resist throughout time.

6. Conclusion

We observed that the intervention was useful to motivate patients to enter in the Action stage, to increase their self-efficacy and to reduce their reported consumption of drugs. The intervention did not present effects in what refers to the use of alcohol. Also, it we did not observe changes in the thoughts of “pros” and “cons” to the use of drugs, which probably need a more intense intervention. The game seems to suit well to patients that are ambivalent regarding drug abstinence, since it approaches the patient's ambivalence through the polarity of positive and negative cards.

This study sought to reproduce in a research environment a situation that should happen inside a therapeutic context. This intervention was elaborated to be incorporated to more intense treatments, such as an inpatient or outpatient treatment, individual psychotherapy or group approach. However, in this study it was applied separately to make possible the evaluation of the effects that it could generate; rigid inclusion and exclusion criteria were used in the sampling to compensate for the lack of a control group. Therefore, based on these preliminary results, this intervention seems suitable as a useful tool inside a structured treatment to increase the patient's motivation and self-efficacy, and to contribute to the process of interrupting drug consumption. Another possibility is to use of the “Game of Choice”, as pre-treatment, for patients that are in waiting lists. The game, applied in that phase, could increase patient motivation for treatment, generating larger treatment effects. However, a study to confirm that hypothesis is necessary, as well as other studies to identify other specific effects of the “Game of Choice.”

7. Acknowledgements

The authors wish to acknowledge the help of Viviane Rodrigues, Francine Port, Sibele Faller, Luisa Soriano.

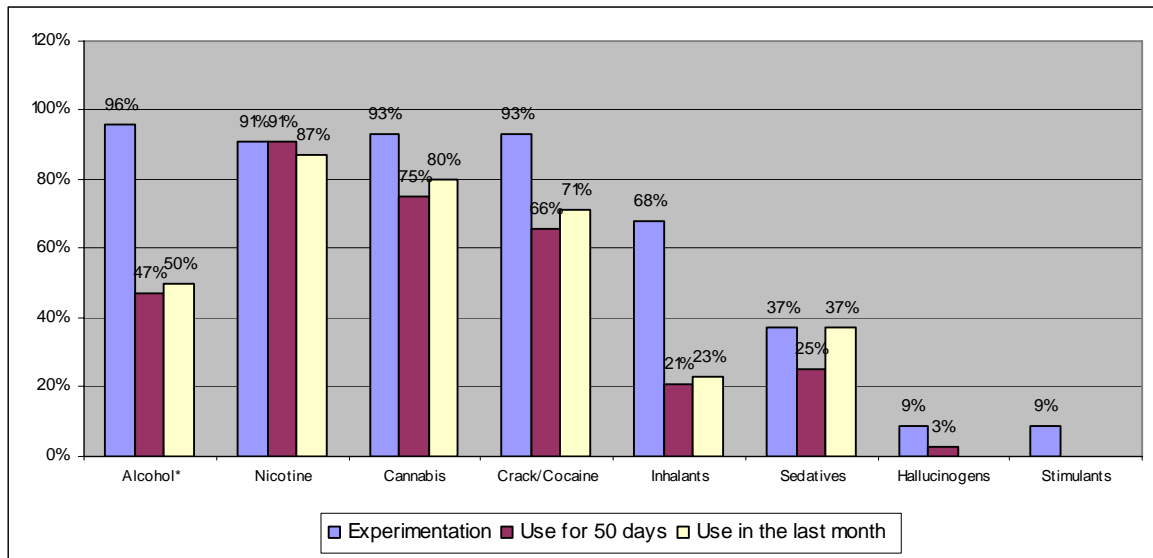
8. References

- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 106-115.
- Beck, J. S. & Bruce, S. L. (1998). Cognitive Therapy. In Frances R J & Miller S I (Eds.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders* (2^o edition ed., pp. 547-573). New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman C F, & Liese B S (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Publications.
- Blume, A. W., Lostutter, T. W., Schmaling, K. B., & Marlatt, G. A. (2003). Beliefs about drinking behavior predict drinking consequences. *J.Psychoactive Drugs*, 35, 395-399.
- Burleson, J. A. & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addict.Behav.*, 30, 1751-1764
- Cahill, M. A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K., & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addict.Behav.*, 28, 67-79.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C., Noto, A.R., & Nappo, A.S. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil-2001. São Paulo: CEBRID-UNIFESP.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Gawin, F. H., (1991). A Comparative Trial of Psychotherapies for Ambulatory Cocaine Abusers: Relapse Prevention and Interpersonal Psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(3) p. 229-247.
- Conditte, M. M. & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *J.Consult Clin.Psychol.*, 49, 648-658.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L. R., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K., & Beck, A. T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch.Gen.Psychiatry*, 56, 493-502.
- De, A. D., Klersy, C., Ramajoli, F., & Brustia, L. (2000). More about the Hawthorne effect. *Anesth.Analg.*, 91, 1043.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *J.Subst.Abuse Treat.*, 27, 197-213.

- Duncan, T. E., Duncan, S. C., Beauchamp, N., Wells, J., & Ary, D. V. (2000). Development and evaluation of an interactive CD-ROM refusal skills program to prevent youth substance use: "refuse to use". *J.Behav.Med.*, *23*, 59-72.
- Figlie, I. N., 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*, 92-99.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J.Psychiatr.Res.*, *12*, 189-198.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S. C., Fletcher, B. W., Brown, B. S., & Anglin, M. D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Arch.Gen.Psychiatry*, *58*, 689-695.
- Johnston L, O'Malley P., & Bachman J. (1997). National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future Study. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kaminer, Y. (2002). Adolescent substance abuse treatment: evidence-based practice in outpatient services. *Curr.Psychiatry Rep.*, *4*, 397-401.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J.Consult Clin.Psychol.*, *71*, 118-128.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., & Stephens, R. S. (2005). Coping and self-efficacy in marijuana treatment: results from the marijuana treatment project. *J.Consult Clin.Psychol.*, *73*, 1015-1025.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., Demming, B., & Reid, J. B. (1973). Loss of control drinking in alcoholics: an experimental analogue. *J.Abnorm.Psychol.*, *81*, 233-241.
- Miller, W.R. (1995). SOCRATES The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Version 8). *Albuquerque (NM): Univ New Mexico*.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A., & Abrams, D. B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction*, *92*, 1717-1728.
- Myers, M. G. & Brown, S. A. (1996). The Adolescent Relapse Coping Questionnaire: psychometric validation. *J.Stud.Alcohol*, *57*, 40-46.
- Pechansky, F., Benzano, D., & Diemen, L. (2005). Uso de drogas y riesgos relacionados en el VIH/SIDA en diferentes muestras de Porto Alegre, Brasil. *Transtornos Adictivos*, *7*, 130-136.

- Pechansky, F., Kessler, F., Von, D. L., Inciardi, J. A., & Surratt, H. (2005). Substance use, risk situations, and HIV seroprevalence among individuals seeking free HIV testing in Porto Alegre, Brazil. *Rev Panam.Salud Publica*, 18, 249-255.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog.Behav.Modif.*, 28, 183-218.
- Rebello, S., Monteiro, S., & Vargas, E. (2001). A visão de escolares sobre drogas no uso de um jogo educativo. *Interface- Comunicação, Saúde e Educação*, 5, 75-88.
- Rehm, J., Room, R., van den, B. W., & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology. *Eur.Neuropsychopharmacol.*, 15, 389-397.
- Schall, V., Monteiro, S., Rebello, S., & Torres, M. (1999). Evaluation of the ZIG-ZAIDS game: an entertaining educational toll for HIV/AIDS prevention. *Caderno de Saúde Pública*, 15, 107-119.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *J.Pers.Soc.Psychol.*, 48, 1279-1289.
- Williams A V & Pechansky F (2004a). O Joga da Escolha: Uma técnica psico-educacional para habilidades de enfrentamento de situações de risco em adolescentes usuários de drogas. In *XXII Jornada Sul Rio-grandese de Psiquiatria Dinâmica*. Porto Alegre.
- Williams A V & Pechansky F (2004b). O Joga da Escolha: Uma técnica psico-educacional para habilidades de enfrentamento de situações de risco em adolescentes usuários de drogas. In *XI Congresso da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas* São Paulo.
- Williams A V & Pechansky F (2004c). The Choice Game- a psico-educational technique for coping with risk situations in adolescents drug users. In *NIDA International Forum* San Juan, Porto Rico.

Figure 1: Drug use reported by the sample



* Alcohol use: five drinks per episode for 50 days during life.

Table 1: Raw and weighted scores of SOCRATES before and after the intervention

	Recognition			Ambivalence			Action		
	Before M (DP)	After M (DP)	p	Before M (DP)	After M (DP)	p	Before M (DP)	After M (DP)	<i>p</i> *
Raw Score	29.3 (4.5)	28.7 (4.2)	NS	15.7 (2.4)	15.7 (1.9)	NS	30.5 (5.2)	34.37 (4.0)	<i>0.001</i>
Weighted Score	34 (20.3)	2.7 (17.7)	NS	58 (19.7)	57.3 (17.2)	NS	38.3 (26.0)	5.3 (22.4)	<i>0.001</i>

**T-test for paired samples*

Table 2: Modification in the stages of Ambivalence and Action before and after the intervention

	Ambivalence after % (n)	Action After % (n)	Total % (n)
Ambivalence before	41.4 (12)	27.6 (8)	68 (20)
Action before	0 (0)	31.0 (9)	31 (9)
Total % (n)	41.4 (12)	58.6 (17)	100 (29)

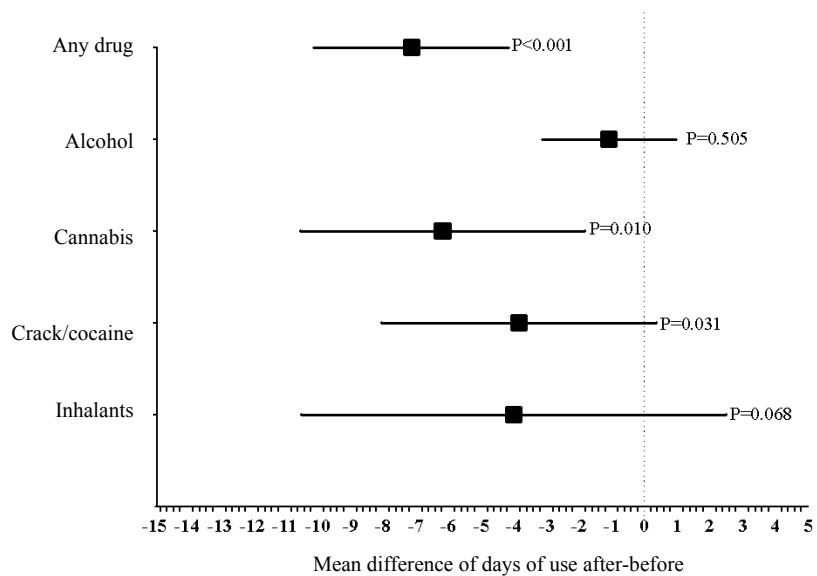
McNemar 's non-parametric test (P= 0.008)

Table 3: Median and inter-quartile range of the days of drug use in the month before and after the intervention

Substance	Before Md (IQR)	After Md (IQR)	P*
Any drug (n= 29)	20 (14.5-29)	11(3-25)	< 0.001
Alcohol (n=30)	3 (0-7.7)	3 (1-7.2)	0.505
Cannabis (n= 22)	20 (10.5-27)	9 (1.5-27.2)	0.01
Crack/cocaine (n= 24)	9 (2.7-15)	2.5 (0-10)	0.031
Inhalants (n=16)	0.5 (0-10)	0 (0-0)	0.068

* *Wilcoxon's non-parametric test*

Figure 2: Distribution of the mean differences (confidence rate 95%) of the days of drug use “after” – “before” the intervention



7. CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS

A iniciativa de desenvolver e avaliar um jogo terapêutico para jovens usuários de drogas surgiu a partir do interesse de unir dois importantes campos do profissional que trabalha com saúde mental: o tratamento e a pesquisa. Em função do reconhecimento da existência de lacunas nos tratamentos dos adolescentes usuários de drogas e da escassez de evidências científicas nessa área do conhecimento; decidiu-se, então, contribuir tanto para a pesquisa como para a clínica, desenvolvendo e testando o efeito do “Jogo da Escolha”.

De acordo com os objetivos postulados no início deste estudo, os achados desta dissertação sugerem o que segue:

1. A adaptação da linguagem obtida na fase de desenvolvimento da intervenção a partir de grupos focais e, posteriormente, certificada por *experts* na área de dependência química, favorece a utilização do jogo em diferentes estratos socioeconômicos. Uma sugestão da eficácia dessa adaptação se deu na fase de avaliação do efeito da técnica, quando o jogo foi aplicado a mais de 30 voluntários que não demonstraram problemas quanto a compreensão do conteúdo das cartas. Entretanto a confirmação da sua utilização nos diferentes estratos ainda carece de teste de campo.
2. O estudo-piloto demonstrou que a intervenção aplicada em três sessões distintas era mais eficaz do que se aplicada em apenas um episódio.
3. A técnica, no seu formato atual, permite que todas as cartas sejam trabalhadas, possibilitando ao paciente avaliar situações comuns (crenças típicas) a usuários de drogas, bem como enfatizar as suas necessidades, através da escolha das cartas que ele

considere mais importantes e pensar em estratégias que acredite serem eficientes para o seu problema.

4. A seqüência da apresentação das cartas para o paciente a partir de uma ordem motivacional baseada nos Estágios de Mudança oportuniza uma atmosfera não confrontadora, o que é ideal para tratar adolescentes usuários de drogas.
5. Os resultados da avaliação do efeito indicam que “O Jogo da Escolha” é potencialmente útil para motivar pacientes ambivalentes em relação a parar o uso de drogas, o que também pode ser evidenciado pela alta taxa de adesão obtida no estudo.
6. Verificou-se que a auto-eficácia apresentou um aumento significativo na pontuação da escala de 0-10, de antes para depois da intervenção, o que está coerente com a literatura que aponta a auto-eficácia como um forte mediador de diminuição do uso de drogas.
7. O estudo teve como um dos objetivos específicos avaliar se houve diminuição no uso de drogas – o que, efetivamente, ocorreu –, bem como a diminuição de dinheiro gasto com drogas e com álcool. É importante notar que essas medidas basearam-se, apenas, no auto-relato dos pacientes envolvidos no estudo, carecendo de confirmação por testes laboratoriais.
8. Os resultados sugerem uma possível interação entre os seguintes desfechos: aumento da motivação, o aumento da auto-eficácia e a diminuição do uso de drogas.
9. “O Jogo da Escolha” não se mostrou eficiente na modificação, a curto prazo, de crenças a respeito dos prós e contras o uso de drogas.
10. Também não foi observado aumento no repertório de habilidades de enfrentamento, mas análises de dados qualitativos podem indicar uma mudança no tipo de habilidade utilizada.

11. A partir dos achados atuais, recomenda-se que “O Jogo da Escolha” não seja utilizado isoladamente, mas sim aplicado dentro de um contexto terapêutico.
12. É importante salientar que os resultados se referem a um pequeno número de indivíduos e não pretendem representar a população de adolescentes usuários de drogas. São aspectos interessantes e geradores de hipóteses, mas devem ser examinados mais profundamente em estudos adicionais.

8. RECOMENDAÇÕES

Os dados obtidos e as suas análises posteriores permitem gerar as seguintes recomendações:

1. Uma proposta de tratamento na qual o adolescente usuário de drogas seja tratado com técnicas específicas, focadas nas suas necessidades pessoais, e onde se encontre mais receptivo poderá ser especialmente relevante em termos de adesão e resultados.
2. Futuros estudos poderão determinar quais pacientes se beneficiam, ou não, desta técnica.
3. Recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas que envolvem o entendimento do efeito da motivação e da auto-eficácia na mudança do comportamento do uso de drogas.
4. É indicado realizar estudos com delineamentos mais refinados, como um ensaio clínico randomizado, que permitirá identificar o efeito específico desta técnica.
5. Existe a expectativa de que “O Jogo da Escolha” possa ser utilizada para os devidos fins terapêuticos, como em ambulatórios, internações psiquiátricas e postos de saúde.
6. As instruções da técnica também podem ser adaptadas, futuramente, para um formato de grupo.
7. Uma possibilidade seria utilizar “O Jogo da Escolha” como um pré-tratamento para pacientes que estão em uma lista de espera, com a intenção de motivá-los para o tratamento. Essa aplicação da técnica seria muito relevante no contexto brasileiro, já

que as vagas na rede pública para tratamento da dependência química são limitadas, o que aumentam as listas de espera por atendimento.

8. Novos jogos terapêuticos, focando outros comportamentos-problema podem ser desenvolvidos e utilizar, como exemplo, a metodologia empregada no processo de desenvolvimento e de avaliação do efeito do “Jogo da Escolha” realizada nesta dissertação.

REFERÊNCIAS

- American Academy of Pediatrics (1996).
- Alberts, J. K., Hecht, M. L., Miller-Rassulo, M., & Krizek, R. L. (1992). The communicative process of drug resistance among high school students. *Adolescence*, 27, 203-226.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4^a ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). Transtornos Relacionados a Substâncias. In *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4^a ed., Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol.Rev*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1978). Social learning theory of aggression. *J.Communi.*, 28, 12-29.
- Bassols, A. M., Pechansky, F., Dieder A L, Toniolo D P, Gellatti A L, Santos R A, Coester A, Wagner B P, Riboldi C, Valler L, Bortolanza D, & Hirakata V (2002). Seropositivity and drug use and risky sexual behavior among southern Brazilian adolescents. In.
- Baus, J., Kupek, E., & Pires, M. (2002). Prevalence and risk factors associated with drug use among school students, Brazil. *Rev.Saude Publica*, 36, 40-46.
- Beck, J. S. & Bruce, S. L. (1998). Cognitive Therapy. In Frances R J & Miller S I (Eds.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders* (2^o edition ed., pp. 547-573). New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman C F, & Liese B S (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Publications.
- Belcher, H. M. & Shinitzky, H. E. (1998). Substance abuse in children: prediction, protection, and prevention. *Arch.Pediatr.Adolesc.Med.*, 152, 952-960.
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2002). Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. *Int J.Emerg.Ment.Health*, 4, 41-47.
- Brown, S. A., Vik, P. W., & Creamer, V. A. (1989). Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. *Addict.Behav.*, 14, 291-300.
- Budney, A. J., Higgins, S. T., Radonovich, K. J., & Novy, P. L. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *J.Consult Clin.Psychol.*, 68, 1051-1061.

- Burleson, J. A. & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addict.Behav.*, *30*, 1751-1764.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C., Noto, A.R., & Nappo, A.S. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil-2001. São Paulo: CEBRID-UNIFESP.
- Condiotte, M. M. & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *J.Consult Clin.Psychol.*, *49*, 648-658.
- Cortes, B. (1999). O jogo da onda: um convite ao diálogo. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, *5*, 1-5.
- Cutler, R. B. & Fishbain, D. A. (2005). Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. *BMC.Public Health*, *5*, 75.
- Duncan, T. E., Duncan, S. C., Beauchamp, N., Wells, J., & Ary, D. V. (2000). Development and evaluation of an interactive CD-ROM refusal skills program to prevent youth substance use: "refuse to use". *J.Behav.Med.*, *23*, 59-72.
- Fhima, A., Henrion, R., Lowenstein, W., & Charpak, Y. (2001). Two-year follow-up of an opioid-user cohort treated with high-dose buprenorphine (Subutex). *Ann.Med.Interne (Paris)*, *152 Suppl 3*, IS26-IS36.
- Galliot-Guilley, M. (2004). Synthetic drugs consumed at "rave parties". *Ann.Pharm.Fr.*, *62*, 158-164.
- Hall, W. & Solowij, N. (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*, *352*, 1611-1616.
- Haw, C., Hawton, K., Casey, D., Bale, E., & Shepherd, A. (2005). Alcohol dependence, excessive drinking and deliberate self-harm Trends and patterns in Oxford, 1989-2002. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, *40*, 964-971.
- Hawkins, J. D., Van Horn, M. L., & Arthur, M. W. (2004). Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prev.Sci.*, *5*, 213-220.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S. C., Fletcher, B. W., Brown, B. S., & Anglin, M. D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Arch.Gen.Psychiatry*, *58*, 689-695.
- Hunt W A, Barnett L W, & Branch L G (1970). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, *27*, 455-456.
- Kalant, H. (2004). Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog.Neuropsychopharmacol.Biol.Psychiatry*, *28*, 849-863.
- Kaminer, Y. (2002). Adolescent substance abuse treatment: evidence-based practice in outpatient services. *Curr.Psychiatry Rep.*, *4*, 397-401.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A., & Goldberger, R. (2002). Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *J.Nerv.Ment.Dis.*, *190*, 737-745.

- Laranjeira, R. (2002). *Usuário de Substâncias Psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira.
- Leukefeld, C. G., Pechansky, F., Martin, S. S., Surratt, H. L., Inciardi, J. A., Kessler, F. H., Orsi, M. M., Von, D. L., & Meyer Da, S. E. (2005). Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care, 17 Suppl 1*, S77-S87.
- Li, C., Pentz, M. A., & Chou, C. P. (2002). Parental substance use as a modifier of adolescent substance use risk. *Addiction, 97*, 1537-1550.
- London, M. (2005). History of addiction: a UK perspective. *Am.J.Addict., 14*, 97-105.
- Marlatt G A & Gordon J R (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction, 100*, 447-458.
- Miller, N. S., Gold, M. S., & Mahler, J. C. (1991). Violent behaviors associated with cocaine use: possible pharmacological mechanisms. *Int J.Addict., 26*, 1077-1088.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A., & Abrams, D. B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction, 92*, 1717-1728.
- Muza, G. M., Bettiol, H., Muccillo, G., & Barbieri, M. A. (1997). The consumption of psychoactive substances by adolescents in schools in Ribeirao Preto, SP (Brazil). I-- Prevalence of consumption by sex, age and substance. *Rev.Saude Publica, 31*, 21-29.
- Nezelof, S., Taccoen, Y., Corcos, M., Girardon, N., Perez-Diaz, F., Bizouard, P., Venisse, J. L., Halfon, O., Loas, G., Lang, F., Flament, M., & Jeammet, P. (2001). Psychoactive drug use in a declared non-addicted control sample and comorbidity. Results of a study in 860 French-speaking subjects. *Ann.Med.Interne (Paris), 152 Suppl 3*, IS18-IS25.
- Nicastri, S. & Ramos, S. (2001). Prevenção do Uso de Drogas. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas, 2*, 25-29.
- Noto, A. R., Nappo, A.S., Galduróz, J.C., Mattei, R., & Carlini, E.A. (1997). IV Levantamento sobre Uso de Drogas entre Estudantes de 1° e 2° Graus em 10 Capitais Brasileiras. São Paulo, Centro de Estudos Brasileiro em Drogas Psicotrópicas (CEBRID).
- O'Malley, P. M. & Johnston, L. D. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *J.Stud.Alcohol Suppl, 23-39*.
- Oliveira, M., Jaeger, A., & Schreiner, S. (2003). Abordagem Terapêutica no Tratamento da Dependência Química. In Caminha R M, Wainer R, Oliveira M, & Piccoloto N (Eds.), Porto Alegre: Casa do Psicólogo.

- Oliveira, M.S. (2000). Eficácia da intervenção motivacional em dependentes de álcool [tese de doutorado]. *Universidade Federal de São Paulo*.
- Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Tecnologia UNESCO (2002). *Jornal Zero Hora*.
- Organização Mundial da Saúde (1997). *Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10: referência rápida*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde (2004). *Nerurociências do consumo e dependência de substâncias psicoativas: resumo*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Papalia & Olds (2000). Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Adolescência. In *Desenvolvimento Humano 7ª ed.*, Porto Alegre: Artmed.
- Pechansky, F., Benzano, D., & Diemen, L. (2005). Uso de drogas y riesgos relacionados en el VIH/SIDA en diferentes muestras de Porto Alegre, Brasil. *Transtornos Adictivos*, 7, 130-136.
- Pechansky, F., Szobot, C. M., & Scivoletto, S. (2004). Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopatogenic factors. *Rev.Bras.Psiquiatr.*, 26 Suppl 1, S14-S17.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am.Psychol.*, 47, 1102-1114.
- Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. Project MATCH Research Group. *J.Stud.Alcohol*, 59, 631-639.
- Ramos, S. P. & Woitowitz, A. B. (2004). From one beer with friends to alcohol dependence: a synthesis about our knowledge of this path. *Rev.Bras.Psiquiatr*, 26, 18-22.
- Rebello, S., Monteiro, S., & Vargas, E. (2001). A visão de escolares sobre drogas no uso de um jogo educativo. *Interface- Comunicação, Saúde e Educação*, 5, 75-88.
- Rehm, J., Room, R., van den, B. W., & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology. *Eur.Neuropsychopharmacol.*, 15, 389-397.
- Saibro, P. & Ramos, S. (2003). Levantamento sobre o consumo de substâncias psicoativas em alunos do ensino médio e fundamental em escolas públicas e privadas de Porto Alegre. In São Paulo: XV Congresso da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas.
- Saraceno, B. & Monteiro, M. (2003). World Health Organization Management of Substance Dependence.
http://www.who.int/substance_abuse/about/en/MSBcurrentfactsheet.pdf

- Schall, V., Monteiro S, Rebello, S, & Torres, M. (1999). Evaluation of the ZIG-ZAIDS game: an entertaining educational toll for HIV/AIDS prevention. *Caderno de Saúde Pública, 15*, 107-119.
- Scivoletto, S. & Morihisa, R. (2001). Conceitos Básicos em Dependência de Álcool e outras Drogas na Adolescência. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas, 1*, 30-33.
- Sloboda, Z. (2002). Changing patterns of "drug abuse" in the United States: connecting findings from macro- and microepidemiologic studies. *Subst.Use.Misuse., 37*, 1229-1251.
- Sobeck, J., Abbey, A., Agius, E., Clinton, M., & Harrison, K. (2000). Predicting early adolescent substance use: do risk factors differ depending on age of onset? *J.Subst.Abuse, 11*, 89-102.
- Tavares, B. F., Béria, J. U., & Lima, M. S. (2001). Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saúde Pública, 35*, 1-13.
- Westermeyer, J. (1991). Historical and social context of psychoactive substance disorder. In Frances R J & Miller S I (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorder* (pp. 23-40). New York: Guilford.
- Winters, K. C., Latimer, W., & Stinchfield, R. D. (1999). The DSM-IV-TR criteria for adolescent alcohol and cannabis use disorders. *J.Stud.Alcohol, 60*, 337-344.
- World Health Organization (2002). *The World Health Report: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.

ANEXOS

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fase 1- Desenvolvimento do Jogo da Escolha

Título: “Avaliação da Eficácia de uma Técnica Psico-educacional para Habilidades com Manejo de Situações de Risco em Adolescentes Abusadores e Dependentes de Drogas”

O presente estudo para o qual você está sendo convidado a participar tem como objetivo verificar a adaptação de uma técnica psico-educacional em adolescentes abusadores e dependentes de drogas.

O procedimento dessa pesquisa ocorrerá através de um grupo de discussão com outros adolescentes que tem problemas com drogas. Este debate será a respeito de manejo de situações de risco. Neste grupo serão feitas algumas perguntas e a partir destas questões se dará uma conversa, onde você poderá colocar a sua opinião. É muito importante que você responda livremente e de forma sincera, as suas idéias e opiniões são muito importantes para essa pesquisa. Contudo, não gostaríamos que você se sentisse desconfortável ou intimidado, portanto só responda quando você quiser e somente aquilo que desejar.

Benefícios: os possíveis benefícios desta pesquisa poderão ser usufruídos através do debate a ser proposto, onde você poderá dividir suas idéias e escutar opiniões de pessoas que sofrem o mesmo problema que você.

Riscos e desconfortos: você não estará sujeito a nenhum tipo de risco. Apenas há a possibilidade de ocasionar algum tipo de desconforto o fato de falar sobre assuntos, tais como uso de drogas, recaídas, fissura e situações de risco.

Recusa ou descontinuação da participação: é garantida a você a liberdade de recusa ou descontinuação no estudo em qualquer etapa da pesquisa. Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O coordenador deste projeto de pesquisa é o Dr. Flavio Pechansky, que pode ser encontrado no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, Rua Itaqui 99/502, pelo telefone(s) 3330-5813 ou pelo e-mail fpechans@uol.com.br. A principal investigadora é a mestrandia Anna Williams, que também pode ser contatada no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas ou pelo e-mail: annav@uol.com.br, ou pelo celular 96685563.

Anonimato: as informações obtidas nesta pesquisa serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada, sob nenhuma hipótese, a identificação dos entrevistados. Após o término da pesquisa, os dados ficarão arquivados em ambiente fechado no centro de pesquisa para conferência, sendo destruídos após cinco anos.

Exclusividade de manipulação de dados: os dados coletados serão utilizados somente para a execução desta pesquisa.

Despesas e compensações financeiras: não haverá qualquer tipo de despesa pessoal relacionada à participação na pesquisa. Você receberá uma ajuda (vale-transporte e vale refeição) para compensar o seu tempo e deslocamento até o local da coleta.

O consentimento foi suficientemente informado a respeito das informações que li (ou que para mim foram lidas) descrevendo o estudo “Avaliação da Eficácia de uma Técnica Psico-educacional para Habilidades com Manejo de Situações de Risco em Adolescentes Abusadores e Dependentes de Drogas”.

Pelo presente termo, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada sobre o presente projeto de pesquisa e que tive minhas dúvidas esclarecidas por Anna Virginia Williams. Fui igualmente informado sobre a garantia da manutenção do anonimato, da privacidade das informações que forneci e que também recebi respostas e esclarecimentos

sobre todos os procedimentos envolvidos nesta pesquisa. Declaro também que estou de pleno acordo com a minha participação neste projeto.

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável

Nome do participante: _____

Assinatura do participante

Responsabilidade do pesquisador

Eu expliquei a _____ o objetivo desta pesquisa, os procedimentos requeridos e os possíveis riscos e benefícios, usando o meu melhor conhecimento. Eu me comprometo a fornecer uma cópia deste formulário de consentimento ao participante ou responsável e cumprir com aquilo que foi informado ao paciente. Nome da pesquisadora: Anna Virginia Williams

Assinatura da pesquisadora

Porto Alegre, ____ de _____ de 2004.

Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fase 2- Avaliação do Jogo da Escolha

Título: “Avaliação da Eficácia de uma Técnica Psico-educacional para Habilidades com Manejo de Situações de Risco em Jovens Usuários de Drogas”

O presente estudo para o qual você está sendo convidado a participar tem como objetivo avaliar o efeito de uma técnica psico-educacional para redução à exposição a drogas entre adolescentes usuários de drogas.

As etapas do estudo serão as seguintes:

1. Entrevista inicial com duração aproximada de uma hora, onde serão feitas algumas perguntas sobre aspectos gerais da vida e uso de drogas e álcool. Também lhe será feita algumas perguntas sobre o que você pensa sobre o uso de drogas.

2. Você será encaminhado para um técnico treinado que fará três sessões de 40 minutos com a técnica psico-educacional. Sendo a primeira sessão no mesmo dia da entrevista inicial. Depois será solicitado que você retorne mais três vezes, para mais duas sessões com a técnica psico-educacional e para um entrevista final:

- **1ª semana: Entrevista inicial e Técnica psico-educacional**
- **2ª semana: Técnica psico-educacional**
- **3ª semana: Técnica psico-educacional**
- **4ª semana: Entrevista final**

3. O tempo total de participação no estudo será de um mês.

Benefícios: os participantes poderão apreender novas formas de lidar com situações de risco. Além disso, se comprovada a eficácia desta técnica, todos os participantes do estudo estarão colaborando para o aperfeiçoamento do tratamento em dependência química e, futuramente, outras pessoas poderão vir a se beneficiar desta técnica.

Riscos e desconfortos: você não estará sujeito, por participar deste estudo, a nenhum tipo de risco. Apenas há a possibilidade de ocasionar algum tipo de desconforto o

fato de falar sobre assuntos pessoais, tais como uso de drogas, recaídas, fissura e situações de risco.

Recusa ou descontinuação da participação: é garantida a você a liberdade de recusa ou descontinuação no estudo em qualquer etapa do estudo. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pelo estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas. O coordenador deste projeto de pesquisa é o Dr. Flavio Pechansky, que pode ser encontrado no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, Ramiro Barcelos 2350 sala 2201A, pelo telefone (51) 33324240 ou pelo e-mail fpechans@uol.com.br. A principal investigadora é a mestrandia Anna Virginia Williams, que também pode ser contatada no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas ou pelo e-mail: annav@uol.com.br, ou pelo celular 96685563.

Anonimato: as informações obtidas neste estudo serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada, sob nenhuma hipótese, a identificação dos entrevistados. Após o término do estudo, os dados ficarão arquivados em ambiente fechado no centro de pesquisa para conferência, sendo destruídos após cinco anos.

Exclusividade de manipulação de dados: os dados coletados serão utilizados somente para a execução deste estudo.

Despesas e compensações financeiras: não haverá qualquer tipo de despesa pessoal relacionada à participação no estudo. Você receberá vales-transportes para compensar o seu deslocamento até o local da coleta.

Pelo presente termo declaro que fui informado de forma clara e detalhada sobre o presente projeto de pesquisa e que tive minhas dúvidas esclarecidas por _____ . Fui igualmente informado sobre a garantia da manutenção do anonimato, da privacidade das informações que forneci e que também recebi respostas e esclarecimentos sobre todos os procedimentos envolvidos neste estudo. Declaro também que estou de pleno acordo com a minha participação neste projeto.

Assinatura do participante

Responsabilidade do Investigador

Eu expliquei a _____ o objetivo deste estudo, os procedimentos requeridos e os possíveis riscos e benefícios, usando o meu melhor conhecimento. Eu me comprometo a fornecer uma cópia deste formulário de consentimento ao participante ou responsável e cumprir com aquilo que foi informado ao paciente.

Assinatura do Entrevistador

Porto Alegre, ____ de _____ de 2005.

Anexo3

Dados Sócio-Demofiguras

1. Nome: _____

2. Sexo: (1) masculino (2) feminino

3. Data de nascimento:

 / /

4. Idade: _____

5. Qual cor você se considera?

(1) Negra/Preta

(5) Indígena

(2) Branca

(6) Outros: _____

(3) Amarela/Oriental

(7) Não respondeu

(4) Parda/Mestiça

6. Endereço: _____

7. Cidade: (1) Porto Alegre (2)

Outra _____

8. Ponto de referência: _____

9. Quantas passagens de ônibus necessárias para vir aqui no Clínicas

(ida e volta): _____

10. Telefone residencial: _____ Celular: _____

11. Telefone p/ recados: _____ Nome (relação): _____ (_____)

12. Nome do pai: _____

13. Nome da mãe: _____

14. Nome de um familiar que possa localizá-lo facilmente: _____

Telefone desse familiar: _____

15. Nome de um amigo que possa localizá-lo facilmente: _____

Telefone desse amigo: _____

16. Um local que você costuma freqüentar:

Local 1:

Dia e hora:

Endereço ou explicação de como chegar lá:

17. Com quem você vive?

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| (1) com ambos os pais | (5) com namorado(a) ou cônjuge |
| (2) com só um dos pais | (6) sozinho |
| (3) com outros membros da família | (7) em ambiente controlado |
| (4) com amigos | (8) situação não estável |

18. Qual sua situação conjugal?

- | | |
|-------------------------|----------------|
| (1) Solteiro | (4) Viúvo |
| (2) Casado | (5) Divorciado |
| (3) Vivendo como casado | (6) Separado |

19. Tem filhos?

- (1) Sim (0) Não **Se sim, quantos?** _____

20. Você está na escola?

(1) Sim Em qual série está? _____

(0) Não Chegou até que série: _____ Completou? (1) Sim (0) Não

21. Se você não está na escola, há quantos anos abandonou? _____

22. Anos totais de estudo: _____ (incluir os que rodou)

23. Trabalha atualmente?

- (1) Sim (0) Não

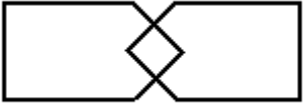
Se sim, especifique: _____

Jornada de trabalho: (1) turno integral (2) meio turno (3) horários irregulares

24. Renda Pessoal: _____ **25. Renda familiar:** _____

Anexo 4

Critério de Exclusão: Mini-Exame do Estado Mental

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL	p o n t o s
<p>1. Orientação temporal (0-5): ANO – ESTAÇÃO – MÊS – DIA - DIA DA SEMANA</p> <p>2. Orientação espacial (0-5): ESTADO – RUA – CIDADE - LOCAL – ANDAR</p> <p>3. Registro (0-3): nomear: PENTE - RUA – CANETA</p> <p>4. Cálculo- tirar 7 (0-5): 100-93-86-79-72-65</p> <p>5. Evocação (0-3): três palavras anteriores: PENTE – RUA – CANETA</p> <p>6. Linguagem 1 (0-2): nomear um RELÓGIO e uma CANETA</p> <p>7. Linguagem 2 (0-1): repetir: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ</p> <p>8. Linguagem 3 (0-3): siga o comando: Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio, coloque-o em cima da mesa.</p> <p>9. Linguagem 4 (0-1): ler e obedecer: FECHE OS OLHOS</p> <p>10. Linguagem 5 (0-1): escreva uma frase completa (qualquer frase com sujeito e verbo)</p> <p>.....</p> <p>11. Linguagem 6 (0-1): copiar o desenho.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	
TOTAL	Fazer no mínimo 24 pontos

Anexo 5

Critério de Exclusão: Sintomas Psicóticos

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.

SEMPRE SEM ESTAR SOB EFEITO DE DROGAS

L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	BIZARRO SIM
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM	SIM
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO		SIM
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO		SIM
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? QUE NÃO RELACIONADO AO SEU USO DE DROGAS	NÃO	SIM	SIM
	COTAR “ SIM ” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRÍACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4			
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM

L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR “SIM” “BIZARRO” UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO	SIM	SIM
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	SIM
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	
OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:				
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	
L11	DE L1 A L10 HA PELO MENOS : UMA QUESTÃO «b» COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «b» COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?	NÃO SIM SP ATUAL		
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO «a» COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «a» COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	NÃO SIM SP VIDA INTEIRA		

Anexo 6

Critério de Exclusão: Risco de Suicídio

DURANTE O ÚLTIMO MÊS:			
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a)?	NÃO	SIM
C3	Pensou em suicidar-se?	NÃO	SIM
C4	Pensou numa maneira de se suicidar?	NÃO	SIM
C5	Tentou o suicídio?	NÃO	SIM
AO LONGO DA SUA VIDA:			
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio?	NÃO	SIM
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ? SE SIM, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO: C1 ou C2 = SIM : LEVE C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO		NÃO	SIM RS ATUAL LEVE MODERADO ELEVADO

Anexo 8

Balança Decisional

Quão importante para você é cada uma das seguintes frases **AGORA**? Escolha o nível de importância de “não importante” (1) até “extremamente importante” (5). A sua escolha deverá refletir quão importante é cada frase na sua decisão de usar drogas no presente momento.

	não importante	Pouco importante	moderadamente importante	Muito importante	extremamente importante
1- Usar drogas me deixa relaxado.	1	2	3	4	5
2- Usar drogas é ruim para minha saúde.	1	2	3	4	5
3- Eu sou mais agradável em grupo quando eu uso drogas.	1	2	3	4	5
4- O uso de drogas me causa problemas com os outros.	1	2	3	4	5
5. Eu me gosto mais quando estou usando drogas.	1	2	3	4	5
6- Eu sou tolo em ignorar os perigos sobre os problemas causados pelas drogas.	1	2	3	4	5
7- Não usar drogas é uma tradição em minha família.	1	2	3	4	5
8- Por eu continuar usando drogas algumas pessoas pensam que eu não tenho coragem de parar.	1	2	3	4	5
9- Usar drogas me ajuda a resolver problemas.	1	2	3	4	5
10- Eu freqüentemente acordo com ressaca ou doente.	1	2	3	4	5
11- Se eu tento parar de usar drogas eu provavelmente vou ficar irritado e chato.	1	2	3	4	5
12- As pessoas próximas de mim sofreriam se eu ficasse doente por usar drogas.	1	2	3	4	5
13- Ao continuar o uso de drogas sinto que estou tomando minhas próprias decisões.	1	2	3	4	5
14- Ter que mentir para outros sobre o meu uso de drogas me aborrece.	1	2	3	4	5
15- Eu perderia os meus amigos se eu parasse de usar drogas.	1	2	3	4	5
16- Algumas pessoas tentam me evitar quando eu uso drogas.	1	2	3	4	5
17- Usar drogas me ajuda a me divertir e me socializar.	1	2	3	4	5
18- Usar drogas interfere nas minhas tarefas em casa ou/e no trabalho.	1	2	3	4	5
19- Quando eu uso drogas eu fico menos bravo e menos frustrado com os outros.	1	2	3	4	5
20- Eu pareço argumentar e brigar melhor se estou usando drogas.	1	2	3	4	5
21- Usar drogas me deixa mais divertido.	1	2	3	4	5
22- Eu me sinto como se fosse um escravo das drogas.	1	2	3	4	5
23- Eu me sinto como sendo mais um da turma quando eu uso drogas com o pessoal.	1	2	3	4	5

24- Algumas pessoas mais próximas a mim ficam decepcionadas comigo por causa do meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
25- Usar drogas auxilia a me acalmar e me expressar.	1	2	3	4	5
26- Eu sinto que me coloco em problemas quando uso drogas.	1	2	3	4	5
27- As coisa parecem ir melhor no trabalho e em casa quando uso drogas.	1	2	3	4	5
28- Eu poderia acidentalmente machucar alguém por causa do meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
29- Eu sinto que estou controlando o meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
30- Eu me sinto envergonhado de usar muito drogas.	1	2	3	4	5
31- Não usar drogas em situações sociais faria eu me sentir muito diferente.	1	2	3	4	5
32- Eu estou perdendo a confiança e respeito dos meus colegas de trabalho e/ou familiares eu suponho que seja pelo meu uso d e drogas.	1	2	3	4	5
33- Meu uso de drogas me dá energia para continuar.	1	2	3	4	5
34- O meu uso de drogas poderia me matar.	1	2	3	4	5
35- Eu me sinto mais confiante quando uso drogas.	1	2	3	4	5
36- Eu estou sendo um mau exemplo por causa do meu uso de drogas	1	2	3	4	5
37- Sem o uso de drogas minha vida seria chata e sem graça.	1	2	3	4	5
38- Meu uso de drogas me faz me sentir fora do controle.	1	2	3	4	5
39- As pessoas parecem gostar mais de mim quando eu uso drogas.	1	2	3	4	5
40- Meu uso de drogas poderia me levar a ter problemas judiciais.	1	2	3	4	5
41- Meu uso de drogas faz com que os outros problemas pareçam menos importantes ou problemáticos.	1	2	3	4	5
42- Eu não posso imaginar alguém sendo feliz sem usar drogas.	1	2	3	4	5

Anexo 9

SOCRATES

Cada frase expressa uma forma como você pode ou não se sentir a respeito do uso de drogas.

Escolha um número de **1 a 5** para indicar o quanto você concorda ou discorda **AGORA** com aquela frase.

	Discordo muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo muito
1- Eu realmente gostaria de fazer mudanças no meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
2- Às vezes penso que sou um dependente químico.	1	2	3	4	5
3- Se eu não mudar logo o meu uso de drogas, meus problemas vão ficar piores.	1	2	3	4	5
4- Eu já comecei a fazer algumas mudanças no meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
5- Estou tentando controlar o meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
6- Às vezes, eu penso que o meu uso de drogas está prejudicando as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7- Eu sou uma pessoa que tem problemas com drogas.	1	2	3	4	5
8- Eu não estou só pensando em fazer algumas mudanças no meu uso de drogas. Eu já estou fazendo algumas coisas sobre isso.	1	2	3	4	5
9- Eu já mudei o meu uso de drogas, e estou buscando meios para não voltar a usar drogas como antes.	1	2	3	4	5
10- Eu tenho graves problemas com as drogas.	1	2	3	4	5
11- Às vezes, eu penso se tenho controle sobre o meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
12- O meu uso de drogas está causando muitos transtornos.	1	2	3	4	5
13- Você parou ou diminuiu o seu uso de drogas? () Não - Coloque a resposta discordo muito. Passa p/ questão 14					
() Sim - Atualmente estou fazendo coisas para parar o meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
14- Antes você tinha problemas com as drogas? () Não - Coloque a resposta discordo muito Passa p/ questão 15					
() Sim eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter os problemas com drogas que eu tinha antes.	1	2	3	4	5
15- Eu sei que tenho problemas com drogas.	1	2	3	4	5
16- Às vezes eu penso que uso muita droga.	1	2	3	4	5
17- Eu sou um dependente químico.	1	2	3	4	5
18- Eu estou me esforçando para mudar o meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
19- Você fez mudanças no seu uso de drogas? () Não - Coloque a resposta discordo muito.					
() Sim - E eu quero ajuda para a não voltar a usar como antes.	1	2	3	4	5

Anexo 10

Dependência de Álcool

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	→ NÃO SIM
J2	Durante os últimos 12 meses:	
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO SIM
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM" , SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO SIM
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO SIM
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO SIM
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO SIM
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	NÃO SIM
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO SIM
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2?	NÃO SIM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL
	O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL?	NÃO → SIM
	NÚMERO DE SINTOMAS POSITIVOS	

Anexo 11

Abuso de Álcool

J3	Durante os últimos 12 meses:	
a	Ficou embriagado ou de “ressaca” várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR " SIM " SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO SIM
b	Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO SIM
c	Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO SIM
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO SIM
	HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?	NÃO SIM ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL
	NÚMERO DE SINTOMAS POSITIVOS	

Anexo 12

Dependência de Substâncias

K1	Você usou, durante os últimos 12 meses, várias vezes uma substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”?	→ NÃO SIM
ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:		
K2	Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], durante os últimos 12 meses:	
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito ?	NÃO SIM
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO SIM
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO SIM
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	NÃO SIM
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ?	NÃO SIM
f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ?	NÃO SIM

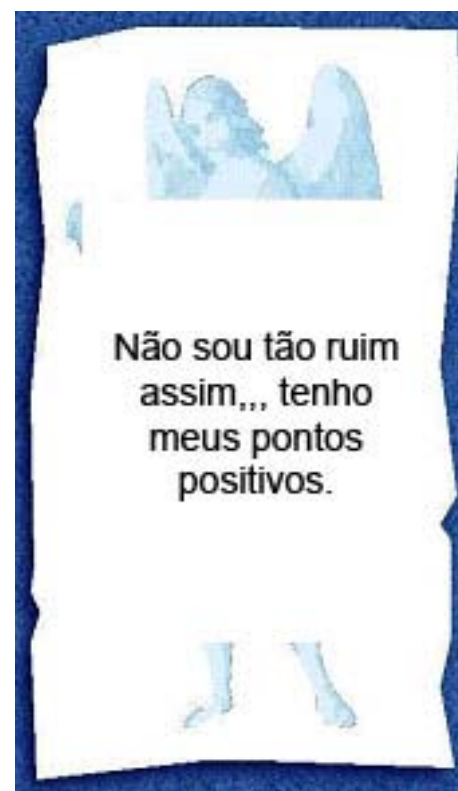
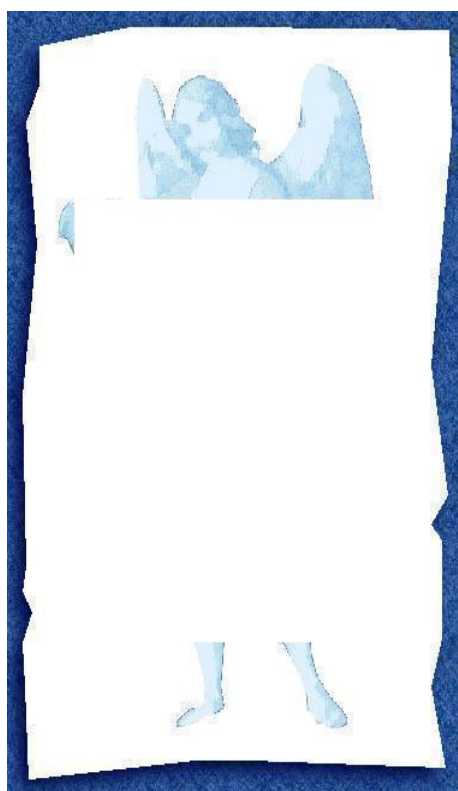
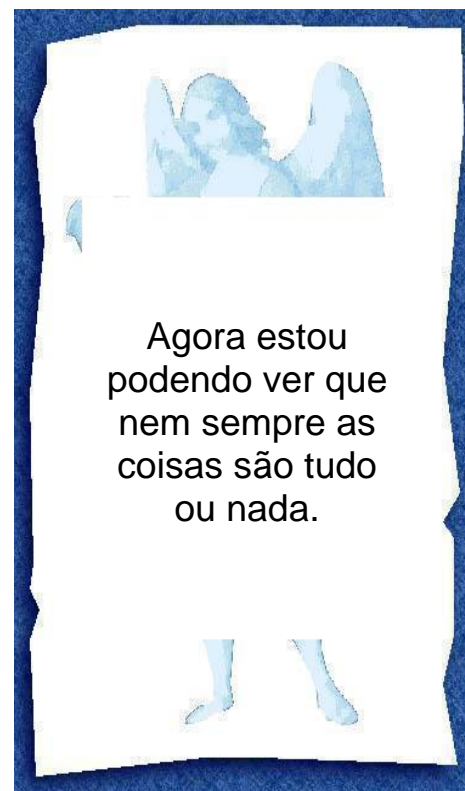
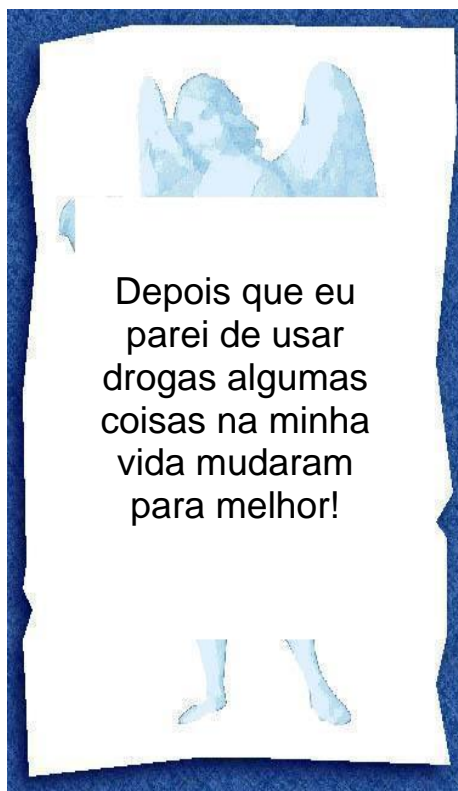
g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO SIM
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ? ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____	NÃO SIM <i>DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS(S)</i> ATUAL
	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/ VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?	NÃO → SIM
	NÚMERO DE SINTOMAS POSITIVOS	

Anexo 13

Abuso de Substâncias

K3	Durante os últimos 12 meses:	
a	Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS	NÃO SIM
b	Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?	NÃO SIM
c	Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	NÃO SIM
d	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO SIM
	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ? ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____	NÃO SIM <i>ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL</i>
	NÚMERO DE SINTOMAS POSITIVOS	

Anexo 14

As Cartas do Jogo da Escolha



Quando eu consigo pensar antes, me saio melhor!



Posso planejar evitar o uso de drogas com a ajuda do meu terapeuta.



Sei que ainda posso me esforçar para tentar para de usar drogas.



Quando eu sinto que não conseguirei dizer não, decido não sair com meus amigos.



Quando eu me lembro como me sinto mal depois que uso drogas, me dou conta que não vale a pena.



Quando me dou conta do que me faz usar drogas tenho menos chance de recair.





Já tive vontade,
mas consegui
não usar drogas
quando...
(complete)



Acho que pensar
sobre o meu uso
de drogas está
me ajudando a...
(complete)



Existem situações
que tem tudo a ver
com drogas:
festas, shows...



Quando eu uso
drogas me sinto
bem!



Eu paro na hora
que quiser, só que
ainda não estou
com vontade.



Eu fico muito chato
quando estou de
cara.

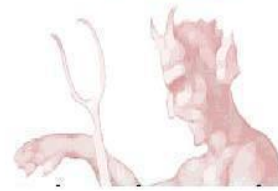




A única forma de eu me enturmar é usando drogas.



As drogas me fazem esquecer os meus problemas.



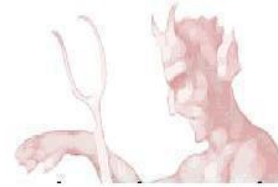
Quando estou triste, nervoso, ou sozinho, as drogas me fazem sentir melhor.



Quando meus amigos me oferecem, não consigo dizer não.



Eu não sei o que acontece: quando eu me dou conta, estou usando drogas de novo!



Não é que eu queira usar drogas é que a fissura é muito forte...





Muitas vezes a
droga é mais forte
que eu.



Se eu largar as
drogas eu vou
ficar com fissura e
meu corpo vai
sentir falta.



Não vale a pena
largar as drogas
porque me sinto
um fracasso
quando recaio.



Agora não adianta
parar: eu já me
detonei com as
drogas.



Anexo 15

Manual dos Intervencionistas

Duração da sessão: 45 minutos

1ª Sessão

É importante explicar para o jogador, no início da sessão, que será aplicada uma nova técnica que foi desenvolvida no CPAD com o objetivo de trabalhar de uma forma dinâmica e interessante com jovens que têm problemas com drogas.

Trata-se de um jogo de cartas com um baralho de cartas vermelhas (representadas pelo inferno) onde estão as crenças e atitudes que mantêm o uso de drogas e um baralho de cartas azuis (representadas pelo céu) que oferecem uma outra possibilidade para mudar este. A idéia do jogo é achar nas cartas azuis soluções para as cartas vermelhas, fazendo pares.

Inicialmente, o terapeuta explica que vai começar trabalhando as cartas vermelhas com o paciente. Em uma mesa, o terapeuta coloca as cartas vermelhas no centro viradas para baixo. As cartas vermelhas seguem uma seqüência lógica de “dar se conta do seu problema” e, portanto, são numeradas de 1 a 14 no verso. É importante que essa ordem seja seguida.

a) Pegando a carta vermelha: O terapeuta solicita ao paciente que pegue a primeira carta e a leia em voz alta. O terapeuta deve solicitar ao paciente que pense a respeito dessa carta, podendo perguntar a ele: “*o que você acha dessa carta? Você concorda com ela?*”. Depois a dupla analisa aquela situação dentro do contexto do paciente. O terapeuta investiga se

aquela situação já aconteceu com ele, quando foi, como foi, ou se ele já viu acontecer com alguém, o que ele pensa a respeito da situação.

b) Pensando em uma solução: o terapeuta então pergunta ao jogador: “*o que alguém que está pensando dessa forma (apresentada na carta vermelha) poderia fazer para evitar o uso de drogas?*”. E deixa o paciente discorrer livremente sobre o tema.

Após se “esgotar” aquela carta vermelha, o terapeuta solicita que o paciente coloque a carta vermelha virada para cima na sua frente e então que ele retire uma próxima carta. Na primeira sessão dar-se-á ênfase às cartas vermelhas, trabalhando as cartas de 1 a 7, ficando em torno de 30 minutos trabalhando somente com elas. O procedimento descrito com a carta 1 será repetido com as 7 demais cartas. Nos últimos 15 minutos o terapeuta apresenta as cartas azuis.

c) Distribuindo as cartas azuis: o terapeuta distribui aleatoriamente 7 cartas azuis para o paciente, solicitando ao paciente que forme pares com as cartas vermelhas. Desta forma, o paciente tenta “solucionar” as cartas vermelhas que estão abertas na mesa com aquelas azuis que ele retirou. E assim, vão se formando pares de cartas vermelhas com cartas azuis. Quando o paciente formar um par é importante que o terapeuta peça para ele justificar, por que ele acredita que aquela carta azul pode solucionar aquela carta vermelha. O paciente também pode deixar as cartas sem pares quando ele não achar que as cartas combinam.

Ao final da sessão, o terapeuta anota em folha própria a seqüência de duplas criadas pelo paciente.

2ª Sessão

A primeira coisa a fazer na 2ª sessão é retomar o que foi trabalhado na 1ª sessão, colocando os pares que o paciente havia formado na mesa.

O terapeuta então entrega ao paciente todo o baralho de cartas azuis. Lê todas as cartas azuis com o paciente e as coloca viradas para cima na mesa. As cartas vermelhas não trabalhadas (8 a 14) ficam no centro da mesa viradas para baixo. Então o paciente pega uma carta vermelha e lê, reflete sobre aquela situação (se ele concorda, se isso já lhe aconteceu), e escolhe uma das suas cartas azuis para “solucionar” aquela carta vermelha. Assim, ele vai montando pares de cartas vermelhas com cartas azuis como na primeira sessão. Quando o paciente não tiver nenhuma carta azul que combine, ele deixa a carta vermelha sem par, pois na terceira sessão ele poderá criar uma carta para essa situação. A sessão segue nesse ritmo até o fim.

Ao final da sessão, o terapeuta anota em folha própria a seqüência de duplas criadas pelo paciente.

3ª Sessão

Na terceira sessão, o paciente escolhe as cartas vermelhas que são mais difíceis para ele. Essas cartas vermelhas escolhidas ficam no centro na mesa, uma em cima da outra, viradas para baixo. O paciente recebe todas as cartas azuis, que ele coloca na sua frente viradas para cima. E vai virando as cartas vermelhas uma por uma tentando fazer pares com as cartas azuis. Ele tem também a possibilidade de escrever cartas azuis que ele considere adequadas ou melhores para aquelas situações. Essas cartas criadas pelo paciente devem ser estratégias de enfrentamento que ele possa utilizar dentro do seu contexto de vida, de acordo com a sua realidade, para evitar o uso de drogas. No fim, o paciente leva

essas cartas criadas por ele para sua casa, podendo utilizá-las como “cartão lembrete” em momentos de fissura.

Ao final da sessão, o terapeuta anota em folha própria a seqüência de duplas criadas pelo paciente.

Anexo 16

Anúncios Publicados

Clínicas faz pesquisa sobre drogas

Um estudo em desenvolvimento no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Ufrgs necessita de voluntários usuários de drogas, entre 18 e 21 anos.

Será assegurada total confidencialidade da identidade e informações relativas aos participantes. Os interessados devem entrar em contato, a partir de segunda-feira (5), das 8h às 16h, pelo (51) 3332-4240.

06/09/2005- Diário Gaúcho

DROGAS – Um estudo em desenvolvimento no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e UFRGS necessita de voluntários usuários de drogas, entre 18 e 21 anos. Será assegurada total confidencialidade da identidade e informações relativas aos participantes. Os interessados devem entrar em contato, das 8h às 16h, pelo telefone (51) 3332-4240.

07/09/2005- Zero Hora

DROGAS – Um estudo do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e da UFRGS necessita de voluntários usuários de drogas, entre 18 e 21 anos. Será assegurado sigilo da identidade e das informações relativas aos participantes. Entrar em contato, das 8h às 16h, de segundas a sextas-feiras, pelo telefone (51) 3332-4240.

28/09/2005- Zero Hora

Voluntários no Clínicas

Um estudo do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre necessita de voluntários usuários de drogas, entre 18 e 21 anos. Será assegurada total confidencialidade. Informações pelo fone (51) 3332-4240.

20/09/2005- Diário Gaúcho

Pesquisa com jovens drogados

Um estudo do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul necessita de voluntários usuários de drogas, entre 18 e 21 anos. Será assegurado sigilo da identidade e das informações relativas aos participantes. Os interessados devem entrar em contato, das 8h às 16h, de segundas a sextas-feiras, pelo telefone (51) 3332-4240.

28/09/2005- Diário Gaúcho

painel

Estudo sobre drogas

■ Um estudo em desenvolvimento no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) necessita de voluntários usuários de drogas, com idade entre 18 e 21 anos.

Os interessados devem entrar em contato pelo telefone (51) 3332-4240, de segundas a sextas-feiras, das 8h às 16h.

24/09/2005- Zero Hora- Caderno Vida

Estudo sobre drogas

Um estudo em desenvolvimento no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) necessita de voluntários usuários de drogas, com idades entre 18 e 21 anos.

● **Como participar:** os interessados devem entrar em contato pelo ☎ (51) 3332-4240, de segundas a sextas-feiras, das 8h às 16h.

03/10/2005- Diário Gaúcho

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)