

Revisão das Abordagens Terapêuticas para Jovens Infratores Usuários de Drogas nos Estados Unidos*



David W. Springer

RESUMO - Revisão das Abordagens Terapêuticas para Jovens Infratores Usuários de Drogas nos Estados Unidos. O uso de drogas na adolescência e a delinquência juvenil são problemas complexos e inter-relacionados ainda comuns e problemáticos nos Estados Unidos. Este artigo oferece um panorama de intervenções promissoras para tratar jovens infratores que abusam de substâncias. Essas intervenções incluem centros de avaliação juvenis e centros que recebem jovens viciados; juizados de drogas; campos militares (*boot camps*); comunidades terapêuticas; intervenções com base na família; terapia multi-sistêmica; terapia cognitivo-comportamental; alcoólicos anônimos; gerenciamento de caso e exames de urina para drogas. É importante que os profissionais se mantenham atualizados sobre as melhores práticas disponíveis, o que é necessário para maximizar a eficácia do tratamento de adolescentes infratores usuários de drogas. Dados os limitados recursos atualmente alocados para este fim, é necessário um compromisso internacional para ajudar esses jovens a fim de reduzir seu uso de drogas, delinquência e problemas associados.

Palavras-chave: Uso de drogas. Tratamentos para Dependência de Drogas. Jovens.

ABSTRACT - A Review of Effective Substance Abuse Treatment for Juvenile Delinquents in the United States. Adolescent substance abuse and juvenile delinquency are interrelated and complex problems that remain prevalent and problematic in the United States. Accordingly, this article provides an overview of promising interventions available to treat substance-abusing juvenile offenders, including juvenile assessment centers and juvenile addiction receiving facilities, drug courts, boot camps, therapeutic communities, family-based interventions, multisystemic therapy, cognitive-behavioral therapy, alcoholics anonymous, case management, and urine drug testing. It is critical that practitioners remain up-to-date on the best practices available, which will be critical in maximizing effectiveness in treating substance-abusing juvenile delinquents. Given the limited resources that are currently directed to troubled youths, an international commitment to help these youths is warranted if we are to reduce their substance abuse, delinquency, and associated problems.

Keywords: Substance abuse. Treatment of Substance Abuse. Youth.

Introdução

Adolescentes privados de liberdade têm três vezes mais chances de terem feito uso de drogas no corrente ano do que outros adolescentes; jovens infratores em geral são mais suscetíveis a este problema. (Office of Applied Studies, 2004; Molider; Nissen; Watkins, 2002). A literatura também revela a existência de uma forte relação entre antecedentes de uso de drogas e uso atual de drogas, e também entre uso de drogas e delinquência. Considerando esta associação entre uso de substâncias e delinquência juvenil, a redução do uso de AOD¹ é elemento chave para tratar e prevenir a delinquência juvenil.

Seguindo uma série de análises críticas de avaliações de programas, em particular o trabalho de Lipton, Martinson, e Wilks (1975), tomou-se como verdade aceita que “nada funciona” no campo relacionado a jovens usuários de drogas. No entanto, pesquisas recentes com essa população têm sido mais encorajadoras.

Lipsey e Wilson (1998) realizaram uma metanálise de estudos experimentais ou quase-experimentais de intervenções junto a jovens infratores graves ou violentos. Eles analisaram 200 programas, 83 dos quais envolviam jovens institucionalizados e 117 envolvendo jovens não-institucionalizados. As conclusões da metanálise de Lipsey e Wilson foram resumidas por McBride et al. (1999, p. 58).

Os programas de contextos não-institucionais com boas indicações de eficácia incluem terapias comportamentais (*family and contingency contracting* – contratos comportamentais na família), gerenciamento intensivo de casos (incluindo colaboração em rede e tratamento contínuo), terapia multi-sistêmica (*MST*), programas de restituição (em conjunto com liberdade condicional e suspensão de pena) e treinamento de habilidades e competências. Outros programas exigem mais pesquisa que documente sua eficácia, como os programas dos doze passos (Alcoólicos Anônimos – AA, Narcóticos Anônimos – NA), adulto como mentor (com reforço condicionado ao comportamento), programas de recreação depois das aulas, solução de conflitos/prevenção de violência, serviços intensivos durante a liberdade condicional (*intensive probation services* – *IPS*), versões juvenis de *TASC*,² mediação feita por pares e programas tradicionais para pacientes internos e externos. Finalmente, os programas que não se mostraram eficazes: programas de dissuasão, treinamento vocacional ou orientação profissional e os programas de “sobrevivência na selva” (*wilderness challenge programs*)³.

Em ambientes *institucionais*, foi demonstrada a eficácia dos programas comportamentais (mediação cognitiva e treinamento de “vacinação” contra estresse), programas comunitários residenciais de longo prazo (*TCs*⁴ com abordagens cognitivo-comportamentais), serviços múltiplos em comunidades residenciais (abordagem de gerenciamento de caso) e treinamento de habilidades (treinamento de substituição de agressão e reestruturação cognitiva). São necessárias mais pesquisas para determinar a efetividade de centros de tratamento não-residenciais, já que existem poucos estudos sobre

este tema. Campos militares juvenis, tratamento residencial de curto prazo e escolas públicas de treinamento se mostraram ineficientes como programas de combate às drogas.

Mais recentemente, uma análise sistemática da literatura de pesquisa de avaliação foi realizada por Aos, Miller e Drake (2006) do Instituto de Políticas Públicas do Estado de Washington (*Washington State Institute for Public Policy*). No geral, os pesquisadores analisaram e meta-analisaram as conclusões de 571 avaliações que comparavam diferentes grupos de programas correccionais para adultos e para jovens e de prevenção. De acordo com essa análise, existem atualmente 12 programas para jovens infratores que economizam dinheiro para os estados e contribuintes (benefícios menos custos). A economia vai de US\$ 4.622 a US\$ 77.798 por participante. Os programas que economizam mais de US\$ 10.000 por participante incluem: Acolhimento Familiar com Tratamento Multidimensional (*Multidimensional Treatment Foster Care*), Projeto de Redirecionamento de Adolescentes (*Adolescent Diversion Project*), Mudanças Integrando a Família (*Family Integrated Transitions*), Terapia de Família Funcional (*Functional Family Therapy*), Terapia Multi-Sistêmica (*Multisystemic Therapy*) e Treinamento para a Substituição de Agressão (*Aggression Replacement Training*). A boa relação custo-benefício mostra que existem programas para adolescentes infratores que produzem benefícios econômicos de longo prazo. Considerando que aproximadamente três quartos dos infratores adultos tiveram passagem pelo sistema de justiça juvenil, evidencia-se a atratividade de opções alternativas ao sistema judicial como meio de reduzir a criminalidade.

Entre os princípios norteadores de sua análise da literatura sobre programas efetivos para adolescentes usuários de drogas, McBride, Vanderwall, Terry e Van Buren (1999) destacam três elementos centrais necessários: (1) a intervenção deve acontecer cedo, quando as chances de reverter ou mitigar comportamentos problemáticos são melhores; (2) o adolescente que entra no sistema (carcerário) deve passar por uma avaliação abrangente de forma a adequar as intervenções às necessidades específicas de cada jovem; (3) uma vez que as necessidades tenham sido identificadas, os adolescentes devem receber cuidado contínuo, flexível e abrangente que ofereça uma gama completa de serviços relevantes para que a intervenção seja eficaz (*apud* Dembo; Schmeidler; Walters, 2004). Os centros de avaliação de jovens, um avanço recente no sistema de justiça juvenil dos Estados Unidos, ajudam a pôr em prática essas iniciativas.

Centros de Avaliação Juvenil e Centros de Acolhimento de Jovens Usuários de Drogas

O Centro de Avaliação Juvenil (*Juvenile Assessment Center - JAC*) é um sistema centralizado de recepção para onde a polícia pode conduzir, ge-

ralmente com trâmites ágeis de, em média, dez minutos, jovens acusados de ausências não-autorizadas (*truancy*), alguns crimes mais sérios e crimes menores (Springer; Shader; McNeece, 1999). O primeiro *JAC* foi criado em Tampa, Flórida, com recursos obtidos através de fundos da Lei de Uso de Drogas (*Drug Abuse Act*) de 1988 (Fundo Byrne – *Byrne Grant*). Em meados da década de 1990, o Centro para Tratamento de Uso de Substâncias (*Center for Substance Abuse Treatment – CSAT*) interessou-se pelos *JACs* como uma forma efetiva de intervir junto a adolescentes infratores com problemas de uso de drogas (Dembo; Schmeidler; Walters, 2004). Os *JACs* e os Centros de Avaliação Comunitários (*Community Assessment Centers - CACs*) agora existem em muitas cidades e estados nos EUA, incluindo Kansas, Colorado e Flórida.

O objetivo da criação dos *JACs* era ajudar a assegurar que o atendimento das necessidades dos jovens fosse realizado segundo as recomendações prescritas e colocar jovens problemáticos ou em situação de risco e suas famílias em contato com os serviços apropriados (Dembo; Schmeidler; Walters, 2004; Springer; Shader; McNeece, 1999). Uma vez que o alicerce dos *JACs* é formado pelos sistemas de seleção e avaliação, o Departamento de Justiça Juvenil e Prevenção de Delinquência (*Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention – OJJDP*) identificou quatro elementos comuns dos *JACs*, financiados por esse departamento (Oldenettel; Wordes, 2000, p. 1-2).

1. Ponto único de entrada: um ponto centralizado, aberto 24 horas por dia, de entrada e avaliação de jovens que tiveram, ou provavelmente terão, passagem pelo sistema de justiça juvenil.

2. Avaliações imediatas e abrangentes: os provedores de serviços associados ao *JAC* fazem uma avaliação inicial geral; e, se necessário, uma avaliação posterior em profundidade das circunstâncias e necessidades de tratamento de cada jovem.

3. Sistemas de gerenciamento de informação: são necessários para gerenciar e monitorar os jovens; ajudam a assegurar o acesso a serviços apropriados de tratamento e evitam a duplicação de serviços.

4. Serviços integrados de gerenciamento de caso: o pessoal do *JAC* utiliza as informações obtidas no processo de avaliação e no sistema de informação de gerenciamento (*Management Information System - MIS*) para elaborar recomendações com o objetivo de melhorar o acesso aos serviços, completar o acompanhamento dos jovens mencionados e re-avaliar, periodicamente, os jovens recebendo diferentes serviços.

Com relação aos elementos acima, Dembo, Schmeidler, e Walters (2004) esclarecem que as avaliações em profundidade são, freqüentemente, feitas após o processamento pelo *JAC*, que os *MISs* variam em sua abrangência e sofisticação e que os serviços de gerenciamento de caso ficam, muitas vezes, limitados a subgrupos de jovens que passaram pelos *JACs*, como aqueles colocados em programas de redirecionamento.

Se um jovem está sob o efeito de drogas ou exige cuidados ou exames médicos não-emergenciais, ele é levado diretamente para um Centro de Recepção de Jovens Usuários de Drogas (*Juvenile Addiction Receiving Facility – JARF*), quando esse está disponível. Os *JARFs* são unidades completas de desintoxicação e, geralmente, têm uma relação estreita com os *JACs*, freqüentemente localizando-se no mesmo prédio, ou então, pelo menos, no mesmo bairro. O *JARF* é normalmente um modelo tradicional de desintoxicação que oferece cuidado residencial de curto prazo, incluindo atendimento de desintoxicação, estabilização e serviços de prevenção e tratamento de uso de drogas (Springer; Shader; McNeece, 1999).

Dembo e Brown (1994) analisaram os casos de 110 jovens que tinham fugido de casa e que foram encaminhados a um *JAC* em Tampa, Flórida. Eles concluíram que o *JAC* identificou corretamente os jovens de alto risco e com problemas múltiplos. Desses, aproximadamente 96% mostraram indícios de terem problemas de relacionamento com seus pares; 82% apresentaram indícios de possíveis problemas de saúde mental; entre 33% e 47% tinham potenciais problemas de uso de drogas, saúde física, relações familiares e situação profissional. Springer, McNeece e Shader (1999) conduziram um estudo avaliando seis *JACs/JARFs* na Flórida e, assim como Dembo e Brown, concluíram que os principais problemas que os jovens participantes apresentavam envolviam as relações com seus pares, relações familiares, saúde mental, uso de drogas, saúde física e questões escolares ou profissionais. Muitas das equipes dos *JACs* e *JARFs* pareciam estressadas por conta da alta carga de trabalho e de um ambiente de trabalho inadequado. Além disso, eles descobriram que uma característica comum entre os *JACs* que funcionavam bem era a presença de um diretor enérgico, com grande capacidade de trabalho e boas habilidades interpessoais e de mediação.

Juizados de Drogas

Todo o sistema de justiça penal dos EUA sofreu uma transformação radical em função do impacto do problema do uso de drogas e do crescente número de infratores presos por acusações relacionadas a drogas. Desde o começo da década de 1980, as cadeias e prisões estaduais e federais vêm sendo inundadas de pessoas acusadas de crimes ligados a drogas. Em muitos estados, as prisões se viram forçadas a adotar uma política de “porta giratória” de encarceramento, com novos detentos (principalmente por crimes relacionados a drogas) entrando pela porta da frente e, literalmente, empurrando para fora, pela porta dos fundos, outros criminosos, às vezes acusados de crimes mais sérios.

A resposta do governo federal ao problema das drogas foi declarar “Guerra às Drogas” e estabelecer requisitos obrigatórios de sentenciamento como

condição de assistência financeira aos departamentos estaduais de justiça penal. Essas táticas tiveram, pelo menos, três repercussões: (1) aumento do número de pessoas presas por crimes relacionados a drogas; (2) prisões superlotadas; (3) aumento do número de saídas prematuras da prisão.

O número de prisões por crimes relacionados a drogas aumentou vertiginosamente, as listas de casos pendentes no judiciário explodiram e os recursos disponíveis para lidar com o problema foram bastante limitados. Tornou-se óbvio que prisões e encarceramento não são solução. Esses métodos pouco contribuem para romper o círculo vicioso de criminalidade e uso ilegal de drogas. Além disso, os criminosos condenados à cadeia ou prisão por crimes relacionados a drogas apresentam altas taxas de reincidência depois que são libertados. Por outro lado, tem-se demonstrado que o tratamento para o uso de drogas é eficiente em reduzir tanto o uso de drogas quanto os crimes a ele relacionados (National Institute on Drug Abuse, 1999).

Já que o tratamento da dependência de drogas é visto como um elemento-chave na prevenção da reincidência, a necessidade de programas alternativos é evidente. Uma inovadora e promissora proposta para lidar com o problema crescente do uso de drogas é a instituição de programas específicos conhecidos como juizados de drogas. Existem dois tipos principais destes juizados: os organizados simplesmente para acelerar o processo de infratores envolvidos com drogas e aqueles que existem para oferecer tratamento aos infratores. O foco aqui é nos juizados de drogas voltados ao tratamento.

A idéia de dedicar juizados específicos exclusivamente para casos de drogas não é nova. Juizados especiais para casos envolvendo drogas foram criados em Chicago e em Nova Iorque no começo da década de 1950. Mais de duas décadas atrás, quando a heroína era a principal droga escolhida pelos infratores em Nova Iorque, um “Juizado de Narcóticos” especial foi criado como forma de lidar com o impacto das novas e mais duras leis de drogas. Outras formas de ligar os infratores ao tratamento da dependência em drogas em diversos pontos do processo de justiça penal foram tentadas ao longo dos últimos 20 anos. Os juizados de drogas evoluíram a partir de vários esforços de comprometer os réus com o tratamento, tais como as Alternativas de Tratamento para Crimes de Rua (*Treatment Alternatives to Street Crime - TASC*), programas especiais limitados, programas de liberdade provisória, suspensão de pena e programas de sanções intermediárias. No entanto, esses primeiros esforços eram, muitas vezes, fragmentados, utilizados de forma inconsistente ou inapropriada, ou mostraram-se apenas minimamente eficazes. Conseqüentemente, era difícil monitorar o progresso do tratamento ou o cumprimento das condições impostas pelos juízes (Belenko, 1990; 1998; Falkin, 1993).

Em 1989, o primeiro juizado de drogas com foco no tratamento foi criado por Janet Reno, a Procuradora do Estado em exercício, para a Décima Primeira Vara Judicial (Miami, Flórida). O Juizado de Drogas de Miami ser-

viu como modelo para a criação de muitos outros juizados em todo o país. Os juizados de drogas proliferaram-se desde então.

Em 31 de dezembro de 2004, existiam 1.621 programas de juizados de drogas em operação nos EUA (357 dos quais eram juizados juvenis de drogas), um aumento de 37% desde 2003 (Huddleston, Freeman-Wilson, Marlowe, & Roussell, 2005); e os juizados de drogas, hoje, operam em 50 estados e três territórios (Guam, Porto Rico e Ilhas Virgens) dos Estados Unidos e em mais oito países (Belenko; DeMatteo; Patapis, 2007).

O modelo dos juizados de drogas diferencia-se bastante de esforços anteriores para oferecer tratamento a infratores usuários de drogas. O modelo dos juizados de drogas cria uma interface entre os diversos componentes do sistema de justiça penal e o tratamento da dependência de drogas, usando o poder coercitivo do judiciário para promover a abstinência e o comportamento pró-social (Belenko, 1998; Finn; Newlyn, 1993; Goldkamp, 1999). Embora a participação seja, em geral, voluntária (com exceção de alguns juizados juvenis de drogas), os infratores devem atender os requisitos do programa para concluí-lo com sucesso. Além de receber tratamento a baixo ou nenhum custo para eles, os infratores podem também motivar-se a participar dos programas dos juizados de drogas porque muitos deles oferecem a possibilidade de destruição da ficha de antecedentes criminais do infrator no caso de o programa ser concluído com sucesso. Para alguns infratores, a oportunidade de ter sua ficha limpa é um forte incentivo para participar. Em sintonia com a filosofia dos AA (Miller, 1995), não é esperada a abstinência total a partir do primeiro dia do processo de recuperação. A maioria dos juizados de drogas terapêuticos sabe que as recaídas fazem parte do processo normal de recuperação. Os clientes são, normalmente, penalizados ou repreendidos, mas não excluídos do programa por causa de um ou dois “escorregões”. Isso se baseia no pressuposto de que a recaída é “uma característica infeliz do vício” que deve ser vista como uma oportunidade para avaliar o tratamento e o plano de recuperação do usuário de substâncias, e não como sinal de fracasso do tratamento (Miller, 1995, p. 269).

A missão dos juizados de drogas é eliminar o uso de substâncias, e o comportamento criminoso dele resultante através de “um esforço conjunto tendo a sobriedade e a responsabilidade como metas principais” (Drug Court Program Office, 1997, p. 8). A equipe de profissionais geralmente inclui o procurador do estado, o defensor público, a equipe de intervenção pré-julgamento ou de liberdade condicional, além do juiz, que é considerado a figura central do time. As metas principais dos juizados de drogas são reduzir o uso de drogas e o comportamento criminoso a ele associado, engajando e retraindo infratores acusados de crimes envolvendo drogas em serviços terapêuticos e programáticos; concentrar e coordenar o conhecimento técnico sobre casos de drogas em um único juizado; cuidar das outras necessidades dos acusados através de avaliações clínicas e gerenciamento de caso e liberar recur-

tos judiciais, de promotoria e de defesa pública para julgar casos não-relacionados com drogas (Belenko, 1998).

Diversos estudos e avaliações foram feitos dos programas de juizados de drogas. Por exemplo, os resultados da meta-análise realizada por Aos e colegas (2006) indicam que um juizado juvenil de drogas típico reduz a taxa de reincidência dos participantes em 3,5%. Alguns juizados de drogas, obviamente, alcançam resultados melhores que esse, outros piores. Em outra meta-análise de programas de juizados de drogas, Belenko (1998) concluiu que:

Os juizados de drogas obtiveram maior sucesso que outras formas de supervisão comunitária no acompanhamento de perto de infratores drogas na comunidade através de monitoramento freqüente e supervisão de perto, incluindo testes para detecção de drogas obrigatórios e freqüentes, colocação e manutenção de infratores usuários de drogas em programas de tratamento, oferecendo tratamento e serviços relacionados para infratores que não haviam recebido esses serviços anteriormente, gerando economia de custos potencial e real e reduzindo substancialmente o uso de drogas e a reincidência durante a permanência dos infratores no programa. Com base em dados mais limitados e em menor medida, ainda que significativa, os juizados de drogas reduzem a reincidência dos participantes depois que eles deixam o programa. Talvez igualmente importante para o futuro do sistema de varas criminais seja o fato de que os juizados de drogas demonstraram que é viável usar uma abordagem de equipe e de solução de problemas no julgamento de infratores com problemas de drogas de uma forma que parece reduzir os custos do sistema e beneficiar a segurança pública. (p. 12)

Boot Camps (campos militares⁵)

Uma breve análise dos campos militares é necessária em função de sua popularidade nos EUA numa era de tratamento de criminosos baseado em retaliação e punição. As origens dos campos militares de hoje se encontram nas primeiras penitenciárias dos EUA na virada do século XIX, que usavam marchas de estilo militar, trabalho físico e disciplina (Rothman, 1990). A maioria dos campos militares locais e estaduais (também conhecidos como prisão de choque ou *shock incarceration*) são destinados a réus primários e enfatizam a disciplina, o condicionamento físico e um controle autoritário e rigoroso (McNeece, 1997). A popularidade dos campos militares para infratores juvenis aumentou nos últimos anos devido à mentalidade de parte da população, que acredita que esses adolescentes precisam de mais disciplina em suas vidas. A filosofia dos campos militares baseia-se em “dobrar” o jovem e “reeducá-lo” em um ambiente quase militar (Parent, 1989).

Muitos criminologistas acreditam que os campos militares não têm um impacto de longa duração nos jovens porque eles não atendem as necessida-

des dos infratores e que, na verdade, as taxas de reincidência de egressos de campos militares não são diferentes das de outros presos (MacKenzie, 1994). A conhecida meta-análise de Lipsey (1992) sobre o tratamento de jovens infratores revelou que programas de dissuasão, tais como os campos militares, na verdade têm efeitos negativos no tratamento de jovens infratores. Em resumo, parece que, apesar de sua popularidade entre os políticos americanos, os campos militares juvenis não são eficazes em termos de custo e não tem efeitos positivos no tratamento de jovens infratores, quando comparados com programas tradicionais tais como liberdade condicional ou provisória (California Youth Authority, 1997; Peters; Thomas; Zamberlan, 1997; Trulson; Triplett, 1999). A mídia está começando a refletir alguns dos problemas associados aos campos militares, com o exemplo mais recente sendo o trágico caso de Martin Lee Anderson, um menino de 14 anos que morreu depois de ser segurado e espancado por funcionários de um campo militar da Flórida. No momento em que esse texto estava sendo escrito, nenhuma denúncia havia sido apresentada no caso, mas as autoridades estaduais tinham desativado o campo.

Comunidades Terapêuticas

Uma comunidade terapêutica é, em geral, um ambiente de tratamento residencial onde mudanças de conduta, atitudes, valores e emoções do usuário de drogas são implementadas, monitoradas e reforçadas diariamente (DeLeon, 1986). As comunidades terapêuticas encaram o uso de drogas como um comportamento desviante e acreditam que os usuários de drogas precisam de tratamentos holísticos para conseguir realizar uma mudança global. O tratamento é dividido em fases, e para passar de uma fase para a outra é preciso que o cliente tenha progredido nos aspectos comportamental, emocional e em termos de desenvolvimento (Jainchill et al., 2000). Para os proponentes das comunidades terapêuticas o problema é o próprio usuário de drogas e não a(s) droga(s), e a dependência é um sintoma, e não a essência do problema. (Pan et al., 1993).

No trabalho com adolescentes usuários de drogas em comunidades terapêuticas, freqüentemente utiliza-se formas de Cultura Positiva de Pares (*Positive Peer Culture – PPC*) para facilitar o tratamento em grupo. A *PPC*, criada por Harry Vorrath, foi fortemente influenciada por um modelo de tratamento orientado a jovens de mesma idade, chamado de Interação de Grupo Orientada (*Guided Group Interaction – GGI*). Vorrath e Brendtro (1985) chamam a *PPC* de *sistema total para construir subculturas positivas para jovens* (p. xx).

A *PPC* é uma abordagem holística do trabalho com jovens em ambiente terapêutico. Não é simplesmente um conjunto de técnicas, mas antes uma

tentativa de mudar a cultura no contexto terapêutico. “A *PPC* é feita para transformar uma subcultura jovem negativa e mobilizar a força do grupo de pares de forma produtiva... Em contraste com abordagens tradicionais de tratamento, a *PPC* não pergunta se uma pessoa quer receber ajuda, mas se ela está disposta a dar ajuda” (Vorrath; Brendtro, 1985, p. xxi). Os proponentes da *PPC* encaram jovens problemáticos não como rebeldes ou “maças podres”, mas, ao invés disso, como jovens que com o devido estímulo têm muito a contribuir.

De acordo com Obermeier e Henry (1989), os adolescentes que obtêm sucesso em comunidades terapêuticas percebem a si próprios como membros de um grupo de pares que age como uma rede de apoio. As regras da comunidade terapêutica são fiscalizadas pelos próprios clientes, com clientes mais velhos e de confiança agindo como supervisores dos outros membros da comunidade, embora os membros da equipe geralmente tenham mais controle sobre o cumprimento das regras em comunidades terapêuticas adolescentes do que em comunidades terapêuticas adultas tradicionais. A equipe de comunidades terapêuticas é composta por dependentes em drogas em recuperação, terapeutas profissionais credenciados e assistentes sociais clínicos credenciados.

Jainchill et al. (2000) avaliaram a eficácia de seis comunidades terapêuticas residenciais para adolescentes. Embora se tenha verificado uma diferença estatística significativa entre as pessoas que completam o tratamento e as que o abandonam, em níveis de uso de drogas antes e depois de testes, deve-se lembrar que não é possível excluir a parcialidade na seleção e as variáveis externas, tais como os níveis de motivação dos adolescentes. Morral, McCaffrey e Ridgeway (2004) conduziram uma avaliação mais rigorosa de uma comunidade terapêutica para adolescentes em Los Angeles, Califórnia. Os adolescentes no grupo de tratamento haviam obtido resultados significativamente melhores em todas as escalas de uso de drogas usadas para medir níveis de uso de AOD. Não foi detectada uma diferença significativa entre o grupo de tratamento e o grupo de controle em relação à criminalidade, mas os adolescentes no grupo de tratamento tiveram, em média, durante a observação de um ano, uma maior diminuição no número de prisões, delitos contra a propriedade e crimes violentos.

Pesquisas sobre a eficácia das comunidades terapêuticas para adolescentes também revelam que a duração da adesão ao tratamento é o fator de prognóstico mais consistente e aquele que apresenta os resultados mais positivos (Catalano et al., 1990/91; De Leon, 1988). As evidências do sucesso do tratamento, como ausência de atividade criminal, abstenção de álcool ou drogas e empregabilidade estão todas associadas a um maior tempo permanência em tratamento (McBride et al., 1999).

Tratamento ambulatorial com Base na Família

Embora seja lugar comum o fato de que as famílias são um ponto crítico no tratamento de adolescentes usuários de drogas, o assistente social deve ter cautela em concluir que é o conflito familiar que leva uma criança ou adolescente a usar drogas, especialmente considerando que todas as famílias têm conflitos, mas nem todos os adolescentes usam drogas (Springer, 2005). Trabalhar com um cliente sem examinar a estrutura, a dinâmica e os papéis familiares que são influenciados e influenciam o uso de drogas pelo cliente é, em geral, insuficiente (Springer; McNeece; Arnold, 2003). A literatura revela uma correlação entre o uso de drogas pelo adolescente e características específicas do sistema familiar; especialmente o uso de drogas na família, a composição familiar, os padrões de interação dentro da família e os limites da família são fatores que aumentam o risco de uso de AOD pelo adolescente (Anderson; Henry, 1994; Denton; Kampfe, 1994).

Joaning, Quinn, Thomas e Mullen (1992) realizaram um estudo comparando as diferenças entre tratamentos de adolescentes usuários de drogas, onde analisaram terapia familiar, terapia de grupo de adolescentes e educação familiar sobre drogas. Os resultados revelaram, de forma ainda tímida, que a terapia familiar é mais eficiente para interromper o uso de drogas por adolescentes, produzindo duas vezes mais adolescentes livres de drogas do que a educação familiar para drogas e três vezes mais que a terapia de grupo de adolescentes.

Austin, Macgowan e Wagner (2005) conduziram uma avaliação rigorosa de intervenções familiares em populações adolescentes usuárias de drogas. O propósito da análise sistemática era examinar o nível de eficácia e efetividade das atuais abordagens com base na família. Austin e seus colegas descobriram que a Terapia de Família Estratégica Breve (*Brief Strategic Family Therapy – BSFT*) e a Terapia de Família Multidimensional (*Multidimensional Family Therapy*) são as mais efetivas dentre as intervenções com base na família, atingindo os critérios de “provável eficácia” de acordo com os critérios estabelecidos por Chambless e Hollon (1998).

Finalmente, com base nos resultados de sua metanálise, Aos et al. (2006) destacaram a Terapia Familiar Funcional (*Functional Family Therapy – FFT*) como uma intervenção familiar eficaz no tratamento de adolescentes infratores. O programa *FFT* envolve um terapeuta treinado em *TFE* trabalhando durante cerca de três meses com um jovem no sistema de justiça juvenil e sua família. A meta é aumentar a probabilidade de o jovem se manter livre de problemas no futuro. Sete avaliações rigorosas desse programa foram localizadas e meta-analisadas por Aos e seus colegas, revelando que se pode esperar que o programa *FFT* típico, com controle de qualidade, reduza as taxas de reincidência de jovens em 15,9%. Essa análise indica que, sem o programa, o jovem tem uma chance de 70% de reincidir em outra condenação por um

crime menor depois de um acompanhamento de 13 anos. Se o jovem participa de *FFT*, pode-se esperar que a taxa de reincidência caia para 59% – uma redução de 15,9%. O programa custa, em média, US\$ 2.325 por jovem participante. Os custos são mais altos porque é um programa de atendimento individual entre o terapeuta de *FFT* e o jovem e sua família. A redução esperada de 15,9% nas taxas de reincidência em função da *FFT* gera aproximadamente US\$ 34.146 em benefícios ao longo da vida, medidos em termos de custos à vítima do crime e ao contribuinte, que são evitados por causa do nível reduzido de atividade criminal do jovem. Espera-se que o valor líquido atual desse programa de justiça juvenil seja de US\$ 31.821 por jovem.

Terapia Multi-sistêmica

A Terapia Multi-sistêmica (*Multisystemic Therapy – MST*) (Henggeler; Borduin, 1990; Henggeler et al., 1998) foi desenvolvida por Scott Henggeler e seus colegas do Centro de Pesquisa em Serviços Familiares, Departamento de Psiquiatria e Ciências Comportamentais da Universidade Médica da Carolina do Sul, em Charleston. A *MST* é uma abordagem de tratamento com base na família e na comunidade que se fundamenta teoricamente em uma estrutura socioecológica (Bronfenbrenner, 1979) e em uma abordagem de sistemas familiares (Haley, 1976; Minuchin, 1974). A *MST* está incluída aqui nesse panorama porque “é coerente com o modelo de preservação da família na prestação de serviços” (Schoenwald, Borduin, & Henggeler, 1998, p. 488). A *MST* é uma das abordagens com base científica recomendadas pelo NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) para o tratamento de uso de drogas (National Institute on Drug Abuse, 1999). Ela está sendo utilizada em todo o país em comunidades que estão implementando uma abordagem “abrangente” (*wraparound*) na prestação de atendimento, onde o foco está em prestar serviços culturalmente competentes, centrados no cliente e num ambiente minimamente restritivo, mas clinicamente apropriado (Schoenwald; Borduin; Henggeler, 1998, p. 488). O modelo socioecológico vê o desenvolvimento humano como um intercâmbio recíproco entre o cliente e “estruturas concêntricas aninhadas” (*nested concentric structures*) que se influenciam mutuamente (Henggeler, 1999). Adicionalmente, a perspectiva ecológica sustenta que o comportamento é determinado por forças múltiplas (e.g., família, escola, trabalho, pares) e é apoiado pelo modelamento de comportamentos delinquentes e uso de drogas (Henggeler, 1997).

Existem nove princípios norteadores que o praticante de *MST* deve seguir (Schoenwald; Borduin; Henggeler, 1998, p. 488-489).

1. O propósito principal da avaliação é entender o “encaixe” entre os problemas identificados e o seu contexto sistêmico mais amplo.

2. Os contatos terapêuticos devem enfatizar o positivo e usar forças sistêmicas como alavancas de mudança.
3. As intervenções devem ser feitas de forma a promover o comportamento responsável e diminuir o comportamento irresponsável entre os membros da família.
4. As intervenções devem ser focadas no presente e orientadas a ações concretas, objetivando corrigir problemas específicos e bem definidos.
5. As intervenções devem ter como alvo seqüências de comportamento entre e dentro de sistemas múltiplos.
6. As intervenções devem ser apropriadas para o desenvolvimento do jovem e adequar-se às suas necessidades de desenvolvimento.
7. As intervenções devem ser feitas de forma a exigir esforços diários ou semanais dos membros da família.
8. A eficácia das intervenções deve ser avaliada continuamente a partir de perspectivas múltiplas.
9. As intervenções devem ser feitas para promover a generalização do tratamento e a manutenção da mudança terapêutica a longo prazo.

Esses nove princípios podem ser usados para orientar a prática com jovens usuários de drogas.

Henggeler (1999) resumiu o modelo *MST* de prestação de serviços. O praticante de *MST* tem geralmente um pequeno número de casos, consistindo de 5 ou 6 famílias, o que permite a prestação de atendimento mais intensivo (de 2 a 15 horas por semana) do que as abordagens tradicionais (normalmente 1 hora por semana). O praticante está disponível para o cliente 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os serviços são prestados no ambiente natural do cliente, como sua casa, ou em centros comunitários. O tratamento normalmente tem duração limitada, de 4 a 6 meses. Dado o nível de comprometimento exigido do profissional, algumas agências podem ter dificuldade de implementar a *MST*. Para uma exposição detalhada da implementação da *MST* com jovens de alto risco, ver Henggeler and Borduin (1990).

Um aspecto atraente da *MST* é que ela é guiada por uma prática “baseada em evidências” (ou seja, a literatura empírica apóia sua eficácia). De acordo com Henggeler (1999), a *MST* utiliza abordagens de tratamento pragmáticas, focadas no problema e que têm algum suporte empírico, incluindo, mas não limitado a: terapia de família estratégica (Haley, 1976), terapia de família estrutural (Minuchin, 1974), treinamento comportamental de pais (Munger, 1993) e terapia de comportamento cognitivo (Kendal; Braswell, 1993). Segundo Brown, Borduin e Henggeler (2001), a *MST* é “o único tratamento para comportamento delinqüente sério que demonstrou efeitos de curto e longo prazo em testes clínicos aleatórios com jovens infratores violentos e crônicos e suas famílias de várias origens culturais e étnicas” (p. 458). Concluiu-se que a *MST* reduz o uso de drogas bem como as prisões por crimes relacionados a drogas (Henggeler et al., 1991). Finalmente, a economia potencial

de custos da *MST* foi demonstrada com jovens infratores usuários de drogas (Schoenwald et al. 1996).

Através das Colaborações de Campbell e Cochrane, a Dra. Julia Littell, uma professora de serviço social no Brown Mawr College na Filadélfia, conduziu sua própria análise sistemática da eficácia da *MST* (Littell, 2005; Littell; Popa; Forsythe, 2005). Em sua análise, Littell inclui tanto estudos publicados, quanto inéditos, como é prática comum nas análises realizadas pelas Colaborações Campbell e Cochrane. No total, Littell e seus colegas identificaram 35 estudos singulares e incluíram 8 em sua análise. Por exemplo, Littell descobriu um estudo inédito liderado pelo Dr. Alan Leschied, que realizou um teste de *MST* com 409 jovens no Canadá. Ela apresentou suas conclusões em um encontro recente da Colaboração Campbell, sugerindo que a *MST* pode não ser tão efetiva quanto se pensava anteriormente. Os desdobramentos mais recentes nessa linha de pesquisa têm aparecido sob a forma de cartas ao editor de *Children and Youth Social Services*, tanto do Dr. Scott Henggeler, que desenvolveu a *MST*, quanto de seus colegas (Henggeler et al., 2006) e de Littell (2006).

Terapia Cognitivo-Comportamental (*Cognitive-Behavioral Therapy - CBT*)

A categoria ampla de terapias cognitivo-comportamentais inclui intervenções terapêuticas destinadas a alterar tanto a cognição quanto o comportamento do jovem, relacionados à sua má conduta ou delinquência. A terapia cognitivo-comportamental é uma categoria guarda-chuva para o gerenciamento de contingências, tratamento cognitivo-comportamental, interação de grupo orientada/cultura positiva de pares e terapia ambiental (*milieu therapy*) (Pearson, et al., 2002); no entanto, duas subcategorias são evidentes. Em primeiro lugar, a modificação comportamental é a administração de reforços positivos quando a pessoa demonstra comportamento apropriado. Por exemplo, quando um jovem infrator completa um exercício de sala de aula sem entrar em comportamentos disruptivos, tais como falar sem ser sua vez, o instrutor dará ao jovem uma recompensa, como, por exemplo, uma atividade que ele gosta de fazer. Essencialmente, o reforço é feito para atrair os jovens para comportamentos mais apropriados, recompensando-os (Pearson et al. 2002). A segunda subcategoria é formada por tratamentos cognitivo-comportamentais. Os tratamentos cognitivo-comportamentais são intervenções voltadas a processos comportamentais e que levam a mudanças na forma de pensar (Pearson et al. 2002). O treinamento de habilidades sociais, a educação para a solução de problemas e redefinição dos modelos de conduta são formas de tratamentos cognitivo-comportamentais. Os tratamentos cognitivo-comportamentais podem ser associados a outras formas de tratamento para ampliar a gama de intervenções oferecidas a jovens infratores. Por

exemplo, os profissionais podem integrar tratamentos cognitivo-comportamentais com a terapia familiar para produzir mudanças no comportamento do jovem e de sua família.

Em sua metanálise examinando os efeitos de programas de terapia cognitivo-comportamental (*CBT*) para infratores, Landenberger e Lipsey (2005) concluíram que a *CBT* é igualmente efetiva tanto com adultos, quanto com jovens infratores. A *CBT* mostrou-se particularmente útil na redução da reincidência de criminosos de alto risco e foi eficaz em ambientes seguros e comunitários. Dois componentes específicos da *CBT*, o de controle da raiva e o de solução de problemas interpessoais, foram associados a efeitos de dimensão muito maior do que os componentes impacto pela vítima e modificação de comportamento.

Outras meta-análises sustentaram de forma semelhante as intervenções cognitivo-comportamentais com adolescentes infratores (Wilson; Bouffard; MacKenzie, 2005), com alguns estudos endossando particularmente tratamentos cognitivo-comportamentais ao invés de tratamentos que buscam modificar somente o comportamento (Pearson, Lipton, Cleland, & Yee, 2002).

Alcoólicos Anônimos

Uma breve análise de abordagens baseadas na abstinência, como os Alcoólicos Anônimos (AA), também é essencial aqui, especialmente quando se considera a percepção de que tais abordagens são uma modalidade bastante efetiva para adolescentes que abusam de substâncias. O AA, um programa de doze passos baseado na abstinência, foi fundado em 1935 por William Wilson e Robert Holbrook Smith. Os defensores do AA acreditam que o alcoolismo é uma doença que não pode ser curada; portanto, não existem ex-alcoólicos, mas sim alcoólicos em recuperação.

Nos “passos de entrega” a equipe de tratamento trata de persuadir o jovem de que ele não pode controlar seu uso de drogas. Os jovens “entregam” suas tentativas de controlar o uso de drogas a um poder mais alto. O “poder mais alto” não é sempre sinônimo de Deus ou alguma divindade, e a ênfase está em criar uma defesa espiritual contra o uso de drogas. Os “passos de integridade” tem o objetivo de ajudar o jovem a admitir que causou danos a outros, permitindo, assim, que ele aceite responsabilidade pessoal por conflitos precipitados pela tensão que envolve o uso de drogas e álcool (Brown-Standridge, 1987). Os “passos de integridade” permitem que o jovem peça desculpas pelas dificuldades causadas pelo seu uso de drogas e álcool. Os últimos três passos no programa de doze passos, os “passos de serenidade”, referem-se à manutenção de um estilo de vida sem drogas. Enquanto os passos de entrega ajudam jovens quimicamente dependentes a deixar de usar substâncias, os passos de integridade dão início à tarefa de reconstruir relaci-

onamentos através de pedidos de desculpas, e os passos de serenidade concentram-se em habituar-se a um estilo de vida livre de drogas e álcool.

Pesquisas avaliando a efetividade de grupos de AA com adolescentes revelam resultados conflitantes. Alford, Koehler e Leonard (1991) indicam que o AA beneficia os adolescentes que são capazes de entender e aceitar os princípios e tradições do AA. No entanto, a ausência de um grupo de controle exige que esses resultados sejam interpretados com cautela e não sejam generalizados a todos os adolescentes (Springer; McNeece; Arnold, 2003). O Registro de Resultados de Tratamento para Dependência e Uso de Substâncias (*Chemical Abuse/Addiction Treatment Outcome Registry*) revela que os adolescentes que permaneceram no AA por um ano tiveram melhores resultados que os que o frequentaram por menos de um ano ou que não foram ao AA. Uma vez mais, esses resultados não devem ser generalizados a todos os adolescentes em função de possíveis diferenças entre os grupos experimentais e de comparação e variáveis ambíguas, tais como níveis de motivação. As pesquisas sobre a efetividade do AA normalmente se referem a populações de classe média e alta, que tinham vidas estáveis até o início do problema com a bebida (Alexander, 1990), e muitas das evidências de sua efetividade se baseiam em relatos empíricos (Miller; Hester, 1986).

A efetividade do AA com adolescentes precisa ser explorada mais a fundo por profissionais e pesquisadores que trabalham com adolescentes usuários de drogas (Springer; McNeece; Arnold, 2003). Por enquanto, a prescrição irrestrita de grupos de AA para todos os adolescentes que usaram ou abusaram de álcool ou drogas não constitui um uso razoável de recursos, nem planejamento específico (Springer, 2005).

Gerenciamento de Caso

As atividades de gerenciamento de caso surgiram na prática do serviço social do começo do século XX que atendia clientes carentes. Rothman (2002) define o gerenciamento de caso como um serviço prestado a populações de clientes altamente vulneráveis para assegurar que eles recebam a ajuda de que precisam dentro do fragmentado sistema de serviços sociais dos EUA. De forma semelhante, Sullivan (2002) afirma que o gerenciamento de caso é uma função de serviço direto que envolve a capacidade de avaliar, aconselhar, ensinar, modelar, defender e assessorar, visando promover melhoras no funcionamento social dos clientes. O gerenciamento de caso inclui pelo menos seis funções principais: (1) identificação e atendimento de pessoas precisando do serviço; (2) avaliação de necessidades específicas; (3) planejamento do serviço; (4) conexão com o serviço; (5) monitoramento e avaliação e (6) sistema de defesa e assessoramento ao cliente. A atividade mais comum

dos gerenciadores de caso que trabalham com jovens é a coordenação de serviços para tratar da dependência de drogas (Jenson, 1997).

O gerenciamento de caso com clientes que abusam de drogas ganhou atenção considerável na última década, particularmente entre populações que têm necessidades múltiplas e de longo prazo (Springer; McNeece; Arnold, 2003). Enquanto o gerenciamento de casos parece ser eficaz com jovens duplamente diagnosticados (aqueles com problemas tanto de uso de drogas quanto de saúde mental) (Evans; Dollard, 1992) e com adolescentes infratores (Enos; Souther, 1996), pouco se sabe sobre sua eficácia dentro do sistema de justiça juvenil (*apud* McBride et al., 1999).

Exames de Urina para a Detecção de Drogas

Os exames de urina são usados no sistema judicial juvenil como método de vigilância para detectar se os infratores estão usando drogas. O infrator deve fornecer uma amostra de urina, que é testada para detectar a presença de drogas específicas. Dois tipos principais de detecção são normalmente usados: ensaios imunológicos e cromatografia (Timrots, 1992). Os exames de urina no caso de infratores tem três objetivos comuns : (1) como complemento à supervisão comunitária; (2) como ferramenta de avaliação de infratores ingressando no sistema judiciário e (3) como avaliação do uso de drogas durante tratamento de drogas compulsório (Timrots, 1992). Os resultados dos exames de urina para drogas informam os juizes sobre o uso atual de drogas pelo infrator quando eles estão considerando a sentença, indicam se o criminoso está cumprindo o mandato de abstinência de drogas e identifica os infratores que precisam de tratamento para dependência de drogas.

Dados os problemas da não revogação da liberdade condicional e da falta de opções de tratamento quando alguém testa positivo para uso de drogas, Turner, Petersilia, e Deschenes (1994) recomendam fazer as seguintes perguntas antes de estabelecer o uso generalizado de testes para detecção de drogas para quem está sob supervisão comunitária:

1. Como as agências de liberdade condicional (*parole/probation agencies*)⁶ implementam as ordens de testes para detecção de drogas?
2. Quantos infratores dependentes de drogas tiveram as condições do teste revogadas?
3. Quantos infratores são testados na realidade, com que frequência e resultados?
4. Como o sistema de justiça responde a testes positivos para drogas?
5. Esses testes resultam em condições adicionais de liberdade provisória ou condicional, em encaminhamento a programas de tratamento ou em revogação da liberdade?
6. Que impacto têm os programas de Supervisão Intensiva de Liberdade Provisória ou Suspensão de Pena (*Intensive Supervision Probation/Parole – ISP*)

que usam testes para detecção de drogas sobre a reincidência criminosa, de acordo com os registros oficiais de violações técnicas e novas detenções?

7. Como as jurisdições diferem nesses aspectos? (p. 233)

No Juizado Juvenil do Terceiro Distrito, Central de Suspensão de Penas, Salt Lake City, Utah, em projeto financiado pela *OJJPD*, todos os jovens em liberdade condicional são submetidos a testes a critério de seu supervisor de condicional. Os objetivos do teste são os seguintes (Crowe; Sydney, 2000):

- documentar se existe um problema de uso de substâncias, e, se esse for o caso, compelir o jovem a participar de tratamento;

- responsabilizar o jovem por seu comportamento. Para o primeiro teste positivo para drogas, o supervisor de condicional revisa as regras e coloca o jovem sob prisão domiciliar; no segundo resultado positivo, o jovem pode ser encaminhado de volta a juízo e possivelmente preso; para resultados positivos contínuos, o jovem pode ser obrigado a participar de tratamento de drogas como paciente interno ou ser posto em acomodação residencial de longo prazo.

Afora detectar se o infrator está usando drogas, não está claro se o teste de drogas, por si só, tem alguma utilidade além de ser uma ferramenta para ajudar a monitorar infratores com problemas de uso de substâncias. Uma melhor abordagem seria combinar testes aleatórios para detecção de drogas com tratamento de drogas (Graboski, 1986 *apud* Springer; McNeece; Arnold, 2003).

CONCLUSÃO

O álcool e o uso de drogas são comuns entre jovens infratores, e muitos dos fatores de risco que prognosticam o comportamento delinqüente também prognosticam o uso de drogas por adolescentes. Um crescente número de adolescentes sob custódia da justiça é usuário de drogas e entre os jovens infratores, os mais sérios e violentos são aqueles que usam drogas mais freqüentemente.

McNeece, Bullington, Arnold, e Springer (2005) defendem que o tratamento envolva uma abordagem de redução de danos. A estratégia de *redução de danos* promove saúde pública, ao contrário da perspectiva da justiça penal quando determina o que deve ser feito com os usuários de drogas. Dessa forma, todo uso de drogas, seja de substâncias “lícitas” ou “ilícitas”, é visto como potencialmente problemático. Os proponentes dessa abordagem afirmam que as distinções feitas entre substâncias legais e ilegais são totalmente artificiais e levaram a um enfoque míope concentrado em substâncias ilícitas (McNeece et al., 2005). Deveríamos fazer com que o recebimento de verbas federais fosse condicionado à revogação de várias leis estaduais, incluindo aquelas que proíbem a distribuição gratuita de agulhas e seringas para usuários de drogas intravenosas.

Tradicionalmente, as intervenções terapêuticas com jovens dependentes químicos eram orientadas mais pela sabedoria empírica do que por resultados de estudos científicos (prática baseada em evidências). Ainda que não devamos abandonar nossa sabedoria empírica acumulada, sempre que ela estiver disponível, os profissionais devem ser encorajados também a utilizar práticas baseadas em evidências para orientar seu planejamento de tratamento. Em resumo, é importante que os profissionais se mantenham atualizados sobre as melhores práticas disponíveis, o que é crucial para maximizar nossa efetividade no tratamento de adolescentes infratores que abusam de drogas. Dados os limitados recursos atualmente alocados para lidar com jovens problemáticos, é necessário que haja um compromisso internacional para ajudar esses jovens se quisermos reduzir o uso de drogas, a delinquência e problemas associados.

Notas

* O título original do texto é “*A Review of Effective Substance Abuse Treatment for Juvenile Delinquents in the United States*”.

1 Nota do Tradutor (N.T.): AOD refere-se a *Alcohol Or Drugs*, ou “álcool ou drogas”.

2 N.T.: TASC significa “*Thinking Actively in a Social Context*”, ou “pensando ativamente em um contexto social”. Trata-se de um programa educacional que visa desenvolver todas as potencialidades dos alunos.

3 N.T.: esses programas são desenvolvidos para ajudar jovens a estabilizar seu comportamento, e consistem em uma série de atividades ao ar livre.

4 N.T.: TCs significa “*Treatment Centers*”, ou “centros de tratamento”.

5 N.T.: Não existe tradução adequada para o conceito “*Boot camp*” em português. Trata-se de campos, onde predomina uma rígida disciplina militar, dispensado normalmente ao treinamento inicial de recrutas. Por isso, optamos pela tradução “campos militares”.

6 Nota da Revisora da Tradução: no Brasil a liberdade condicional é controlada pelo Departamento Penitenciário.

Referências

AOS, S.; MILLER, M.; DRAKE, E. **Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates**. Olympia: Washington State Institute for Public Policy, 2006. Disponível em: <<http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/06-10-1201.pdf>>

ALEXANDER, B. K. Alternatives to the war on drugs. **Journal of Drug issues**, 20, p.1-27, 1990.

- ALFORD, G. S.; KOEHLER, R. A.; LEONARD, J. Alcoholics Anonymous-Narcotics Anonymous model inpatient treatment of chemically dependent adolescents: A two-year outcome study. **Journal of Studies on Alcohol**, 52, p. 118-126, 1991.
- ANDERSON, A. R.; HENRY, C. S. Family systems characteristics and parental behaviors as predictors of adolescent substance use. **Adolescence**, 29, p.405-420, 1994.
- AUSTIN, A. M.; MacGOWAN, M. J.; WAGNER, E. F. Effective family-based interventions for adolescents with substance abuse problems: A systematic review. **Research on Social Work Practice**, 15, p. 67-83, 2005.
- BELENKO, S. The impact of drug offenders on the criminal justice system. In: WEISHEIT, R. (Org.). **Drugs, crime, and the criminal justice system**. Cincinnati, OH: Anderson, 1990. p. 27-78.
- BELENKO, S. Research on drug courts: A critical review. **National Drug Court Institute Review**, 1, p. 1-26,1998.
- BELENKO, S.; DE MATTEO, D.; PATAPIS, N. Drug courts. In: SPRINGER, D. W.; ROBERTS, A. R. (Orgs.). **Handbook of Forensic Mental Health with Victims and Offenders: assessment, treatment, and research**. New York, NY: Springer Publishing Company, 2007. p. 385-423.
- BRONFENBRENNER, U. **The ecology of human development: Experiences by nature and design**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
- BROWN, T. L.; BORDUIN, C. M.; HENGGELER, S.W. Treating juvenile offenders in Community settings. In: ASHFORD, J. B.; SALES, B. D.; REID, W. H. (Orgs.). **Treating adult and juvenile offenders with special needs**. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. p. 445-469.
- CALIFORNIA YOUTH AUTHORITY LEAD: **A Boot Camp and intensive parole program Final impact evaluation**. Sacramento, CA: State of California, Department of the Youth Authority, 1997.
- CATALANO, R. F.; HAWKINS, J. D.; WELLS, E. A.; MILLER, J.; BREWER, D. Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. **International Journal of the Addictions**, 25, p.1085-1140, 1990/91.
- CHAMBLESS, D. L.; HOLLON, S. D. Defining empirically supported therapies. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 66, p.7-18,1998.
- CROWE, A. H; SYDNEY, L. Developing a policy for a controlled substance abuse testing of juveniles. **Juvenile Accountability Block Grant (JAIBG) Program Bulletin** (NCJ Publication 178896). Washington, DC: OJJDP, Maio 2000.
- DE LEON, G. The therapeutic community for substance abuse: Perspective and approach, In: DE LEON, G.; ZEIGENFUSS, J. T. (Orgs.). **Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice**. Springfield, Il: Charles C Thomas, 1986. p. 5-18.
- DE LEON, G. Legal pressures in therapeutic communities, In: LUEKEFELD, C. G.; TIMS, F. (Orgs.). **Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice**. National Institute on Drug Abuse Research Monograph No. 86 [DHHS Publication # (ADM) 89-1578]. Rockville, MD: U. S Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, 1988. p. 160-177.

- DEMBO, R.; BROWN, R. The Hillsborough County juvenile assessment center. **Journal of Child and Adolescent Substance Abuse**, 3, p. 25-43, 1994.
- DEMBO, R.; SCHMEIDLER, J.; WALTERS, W. Juvenile assessment centers: An innovative approach to identify and respond to youths with substance abuse and related problems entering the justice system. In: ROBERTS, A. R. (Org.). **Juvenile justice sourcebook: Past, present, and future**. New York: Oxford University Press, 2004. p. 511-536.
- DENTON, R. E.; KAMPFE, C. M. The relationship between family variables and Adolescent substance abuse: A literature review. **Adolescence**, 29, p. 475-495, 1994.
- DRUG COURTS PROGRAM OFFICE. **Defining drug court: The key components**. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, 1997.
- ENOS, R.; SOUTHERN, S. **Correctional case management**. Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co, 1996.
- EVANS, M. E.; DOLLARD, N. Intensive case management for youth with serious emotional disturbance and chemical abuse. In: ASHERY, R. S. (Org.). **Progress and Issues in Case Management**. NIDA Research Monograph Series (127). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service, National Institute on Drug Abuse, 1992. p. 289-315.
- FALKIN, G. **Coordinating drug treatment for offenders: A case study**. New York: National Development and Research Institutes, 1993.
- FINN, P.; NEWLYN, A. K. **Miami's "drug court": A different approach**. Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, Jun. 1993.
- GOLDKAMP, J. S. Challenges for research and innovation: When is a drug court not a drug Court? In: TERRY III, W. C. (Org.). **The early drug courts: Case studies in judicial Innovation**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1999. p. 166-177.
- HALEY, J. **Problem solving therapy**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1976.
- HENGGELER, S. W.; SCHOENWALD, S. K.; BORDUIN, C. M.; SWENSON, C. C. Letter to the editor. Methodological critique and meta-analysis as Trojan horse. **Children and Youth Services**, 28, p. 447-457, 2006.
- HENGGELER, S. W. The development of effective drug-abuse services for youth. In: EGERTSON, J. A.; FOX, D. M.; LESHNER, A. I. (Orgs.). **Treating drug abusers effectively**. New York: Blackwell Publishers, 1997. p. 253-279
- HENGGELER, S. W. Multisystemic therapy: An overview of clinical procedures, outcomes, and policy implications. **Child Psychology & Psychiatry**, v.4, n.1, p. 2-10, 1999.
- HENGGELER, S. W.; BORDUIN, C. M. **Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents**. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1990.
- HENGGELER, S. W.; BORDUIN, C. M.; MELTON, G. B.; MANN, B. J.; SMITH, L. A.; HALL, J. A.; CONE, L.; FUCCI, B. R. Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: A progress report from two outcome studies. **Family Dynamics of Addiction Quarterly**, 1, p. 40-51, 1991.
- HENGGELER, S. W.; SCHOENWALD, S. K.; BORDUIN, C. M.; ROWLAND, M. D.; CUNNINGHAM, P. B. **Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents**. New York: Guilford Press, 1998.

- HUDDLESTON, C. W.; FREEMAN-WILSON, K.; MARLOWE, D. B.; ROUSSELL, A. **Painting The current picture: A national report card on drug courts and other problem solving court programs in the United States**, Alexandria, VA: National Drug Court Institute, v.1, n.2., Maio 2005.
- JAINCHILL, N.; HAWKE, J.; DE LEON, G.; YAGELKA, J. Adolescents in therapeutic communities: One-year posttreatment outcomes. **Journal of Psychoactive Drugs**, 32, p. 81-94, 2000.
- JENSON, J. M. Juvenile delinquency and drug abuse: Implications for social work practice in the justice system. In: McNEECE, C. A.; ROBERTS, A. R. (Orgs.). **Policy and practice in the justice system**. Chicago: Nelson-Hall, 1997. p. 107-123.
- JOANING, H.; QUINN, W.; THOMAS, F.; MULLEN, R. Treating adolescent drug Abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. **Journal of Marital and Family Therapy**, 18, p.345-356, 1992.
- KENDALL, P. C.; BRASWELL, L. **Cognitive-behavioral therapy for impulsive children**. 2 ed. New York: Guilford Press, 1993.
- LANDENBERGER, N. A.; LIPSEY, M. W. The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. **Journal of Experimental Criminology**, 1, p. 451-476, 2005.
- LIPSEY, M. W. Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In: COOK, T. D.; COOPER, H.; CORDAY, D. S.; HARTMAN, H.; HEDGES, L. V.; LIGHT, R. J.; LOUIS, T. A.; MOSTELLER, F. (Orgs.). **Meta-analysis for explanation: A casebook**. New York: Russell Sage Foundation, 1992. p. 83-127.
- LIPSEY, M. W.; WILSON, D. B. Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In: LOEVER, R.; FARRINGTON, D. (Orgs.). **Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions**. London: Sage, 1998. p. 313-344.
- LIPTON, D.; MARTINSON, R.; WILKS, J. **The effectiveness of correctional treatment: A Survey of treatment evaluation studies**. New York: Praeger, 1975.
- LITTELL, J. H. Letter to the editor. The case for Multisystemic Therapy: Evidence or orthodoxy? **Children and Youth Services**, 28, p. 458-472, 2006.
- LITTELL, J. H. Lessons learned from a systematic review of multisystemic therapy. **Children and Youth Services**, 27, p. 445-463, 2005.
- LITTELL, J. H.; POPA, M.; FORSYTHE, B. Multisystemic therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, 4. Article n.: CD004797.pub4. DOI:10.1002/14651858.CD004797.pub4. 2005.
- MacKENZIE, D. L. Boot camps: A national assessment. **Overcrowded Times**, v.5, n.4, p. 1, 14-18, 1994.
- McBRIDE, D. C.; VANDERWAAL, C. J.; TERRY, Y. M.; VANBUREN, H. **Breaking the Cycle of drug use among juvenile offender**. 1999. Disponível em: <<http://www.ncjrs.org/pdffiles1/179273.pdf>>. Acesso em: 24 Out. 2002.
- McNEECE, C. A. Future directions in justice system policy and practice. In: McNEECE, C. A.; ROBERTS, A. R. (Orgs.). **Policy and practice in the justice system**. Chicago: Nelson-Hall, 1997. p. 263-269.
- McNEECE, C. A.; BULLINGTON, B.; ARNOLD, E. M.; SPRINGER, D. W. The war on drugs: Treatment, research, and substance abuse intervention in the twenty-first

- century. In: MURASKIN, R.; ROBERTS, A. R. (Orgs.). **Visions for change: Crime and justice in the twenty-first century.** 4 ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2005. p. 88-120.
- McNEECE, C. A.; SPRINGER, D. W.; ARNOLD, E. M. Treating substance abuse disorders. In: ASHFORD, J.; SALES, B. D.; REID, W.H. (Orgs.). **Treating adult and juvenile offenders with special needs.** Washington, DC: American Psychological Association, 2001. p. 131-169.
- MILLER, N. S. **Addiction psychiatry: Current diagnosis and treatment.** New York: Wiley, 1995.
- MILLER, W. R.; HESTER, R. K. The effectiveness of alcoholism research: What research reveals. In: MILLER, W. R.; HEATHER, N. (Orgs.). **Treating addictive behaviors: Processes of change.** New York: Plenum, 1986. p. 175-204.
- MINUCHIN, S. **Families and family therapy.** Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974.
- MORRAL, A.; MCCAFFREY, D.; RIDGEWAY, G. Effectiveness of Community-based Treatment for Substance-abusing Adolescents: 12-month outcomes of youths entering Phoenix Academy or alternative probation dispositions. **Psychology of Addictive Behaviors**, 18, p. 257-268, 2004.
- MUNGER, R. L. **Changing children's behavior quickly.** Lanham, MD: Madison Books, 1993.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. **Principles of drug addiction treatment: A research-based guide.** [NIH pub. No. 99-4180]. Washington, DC: Author, Outubro, 1999.
- OBERMEIER, G. E.; HENRY, P. B. Adolescent inpatient treatment. **Journal of Chemical Dependency**, v. 2, p. 163-182, 1989.
- OFFICE OF APPLIED STUDIES. **Results from the 2003 National Survey on Drug Use and Health: National findings** (DHHS Publication No. SMA 03-3836, NHSDA Series H-22). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004.
- OLDENETTEL, D.; WORDES, M. **The community assessment center concept** (Juvenile justice bulletin). Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Washington, DC: U.S., 2000.
- PAN, H.; SCARPITTI, F. R.; INCIARDI, J. A.; LOCKWOOD, D. Some considerations on therapeutic communities in corrections. In: INCIARDI, J. A. (Org.). **Drug treatment and criminal justice.** Newbury Park, CA: Sage, 1993. cap. 27, p. 30-43.
- PARENT, D. **Shock incarceration: An overview of existing programs.** Washington DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, 1989.
- PEARSON, F. S.; LIPTON, D. S.; CLELAND, C.; YEE, D. S. The effects of behavioral/cognitive-behavioral programs on recidivism. **Crime and Delinquency**, v.48, n.3, p.476-496, 2002.
- PETERS, M.; THOMAS, D.; ZAMBERLAN, C. **Boot Camps for juvenile offenders.** Washington, DC: U.S, Department of Justice, 1997.
- ROTHMAN, J. An overview of case management. In: ROBERTS, A. R.; GREEN; G. J. (Orgs.). **Social workers' desk reference.** New York: Oxford University Press, 2002. p. 467-472.

- ROTHMAN, J. **The discovery of the asylum**: Social order and disorder in the new republic. Boston: Little, Brown, 1990.
- SCHOENWALD, S. K.; WARD, D. M.; HENGGELER, S. W.; PICKREL, S. G.; PATEL, H. Multisystemic therapy treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders: Costs of reducing incarceration, inpatient, and residential placement. **Journal of Child and Family Studies**, v.5, p. 431-444, 1996.
- SCHOENWALD, S. K.; BORDUIN, C. M.; HENGGELER, S. W. Multisystemic therapy: Changing the natural and service ecologies of adolescents and families. In: EPSTEIN, M. H.; KUTASH, K.; DUCHNOWSKI, A. (Orgs.). **Outcomes for children and youth with emotional and behavioral disorders and their families: Programs and evaluation best practice**. Austin, TX: Pro-ed, 1998. p. 485-511.
- SPRINGER, D. W. Treating substance-abusing youth. In: McNEECE, C. A.; DINITTO, D. M. (Orgs.). **Chemical dependency: A systems approach**. 3 ed. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 2005. p. 269-292.
- SPRINGER, D. W.; McNEECE, C. A.; ARNOLD, E. M. **Substance abuse treatment for criminal offenders**: An evidence-based guide for practitioners. Washington, DC: American Psychological Association, 2003.
- SPRINGER, D. W.; SHADER, M. A.; McNEECE, C. A. Operation of juvenile assessment centers: Trends and issues. **Journal for Juvenile Justice and Detention Services**, 14, p.45-61, 1999.
- SULLIVAN, W. P. Case management with substance-abusing clients. In: ROBERTS, A. R. GREENE, G. J. (Orgs.). **Social workers' desk reference**. New York: Oxford University Press, 2002. p. 492-496.
- TIMROTS, A. **Fact sheet**: Drug testing in the criminal justice system. Rockville, MD: Drugs & Crime Data Center and Clearinghouse, 1992.
- TRULSON, C. R.; TRIPLETT, R. School-based juvenile boot camps: Evaluating specialized treatment and rehabilitation (STAR). **Journal for Juvenile Justice and Detention Services**, v.14, n.1, p.19-44, 1999.
- TURNER, S.; PETERSILIA, J.; DESCHENES, E. P. The implementation and effectiveness of drug testing in community supervision: Results of an experimental evaluation. In: MacKENZIE, D. L.; UCHIDA, C. D. (Orgs.). **Drugs and crime**: Evaluating public policy initiatives. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994. p. 231-252.
- VORRATH, H. H.; BRENDTRO, L. K. **Positive peer culture**. 2 ed. New York: Aldine de Gruyter, 1985.
- WILSON, D. B.; BOUFFARD, L. A.; MacKENZIE, D. L. A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. **Journal of Criminal Justice and Behavior**, v.32, n.2, p.172-204, 2005.

David W. Springer é Vice-Diretor para Assuntos Acadêmicos e Professor (*Distinguished Teaching Professor*) da Escola de Serviço Social da Universidade do Texas em Austin, Estados Unidos.

Email: dwspringer@mail.utexas.edu

Tradução de Lucas Lixinski.

Revisão da tradução de Johannes Doll e Lisa Gertum Becker.