

PubMed Nucleotide Protein Genome Structure PopSet Taxonomy OMIM

Search PubMed for Go Clear

Limits Preview/Index History Clipboard Deta

About Entrez

Display Abstract Sort Save Text Clip Add O

Overview
Help | FAQ
Tutorial
New/Noteworthy

1: Br J Addict 1991 Mar;86(3):253-5

Related Articles, **NEW Books**, L

Tobacco epidemic or bonanza? The global connection.

Araya RI, Laranjeira R.

Maudsley Hospital, London.

There seems to be ample agreement that tobacco is an addictive harmful substance. The smoking epidemic is most noticeably affecting third world countries but the developed world despite overoptimistic predictions is still far from safe. Profits derived mainly from tobacco trading in poor countries are being used to target vulnerable groups in more developed countries. The fight against smoking in developing countries is hindered by many internal and external factors. The socioeconomic situation is so desperate that governments are prepared to hand over the health of their people as part of payment. So developed countries have consistently applied double standards to dealing with harmful drugs, not only ignoring the smoking epidemic affecting less developed countries but also actively protecting and encouraging its spread. The fight against drugs, including smoking, badly needs a real proof of commitment from these countries.

PMID: 2025688 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Display Abstract Sort Save Text Clip Add O

Write to the Help Desk
NCBI | NLM | NIH
Department of Health & Human Services
Freedom of Information Act | Disclaimer

sparc-sun-solaris2.8 Feb 7 2002

08/02/2002

Grupos de motivação: estudo descritivo de um atendimento para dependentes de drogas

Motivational groups: descriptive study of a treatment for drug dependents

Flávia S. Jungerman¹, Roberto A. M. de Almeida², Ronaldo Laranjeira³

Resumo

Este artigo visa descrever uma técnica experimental utilizada com usuários de drogas baseada nas abordagens da "Prevenção de recaída" e "Entrevista motivacional", que consiste num trabalho de grupo intensivo e de curta duração realizado na UNIAD, serviço público da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP).

Sendo a porta de entrada ao serviço, o grupo tem como objetivos e avaliação mais detalhada, maior conscientização do problema da dependência por parte do paciente, além de apresentá-los às técnicas cognitivo-comportamentais de tratamento. Foi feita a avaliação de 111 pacientes que participaram desses grupos, durante um período de 18 meses. Do total de pacientes (111), 23% vieram a 100% das sessões e 50% a 65% das sessões. 45% dos pacientes que vieram a pelo menos uma sessão terminaram o grupo, porém somente 20% estavam em tratamento na unidade um mês após o término no grupo. São discutidas limitações do estudo e propostas de trabalhos futuros derivados deste estudo preliminar.

Unitermos: dependência; maconha; cocaína; crack; tratamento; recaída; motivação; aderência

Summary

This article describes an experimental technique for drug users, based on 'Relapse Prevention' and 'Motivational interviewing' approaches, applied as an intensive and brief group work in UNIAD, a public service from Escola Paulista de Medicina (UNIFESP).

The group was the 'entrance' to the service and had main goals: a more comprehensive evaluation of the patient, a better conscience of dependence and the knowledge of a specific group of cognitive-behavioral techniques. 111 patients were evaluated, who participated in this group for a period of 18 months. From the total number of patients included in the study (111), 23% attended 100% of the sessions and 50% attended 65%. 45% of the patients who came to, at least one session, finished the group and almost half of them were in treatment at our unit one month after the end of the group. Limitations and future possibilities of work were discussed.

Uniterms: dependence; cannabis; cocaine; crack; treatment; relapse; motivation; adherence

¹ MSc: Psicóloga clínica e pesquisadora da UNIAD (Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - Hospital São Paulo

² Psiquiatra colaborador da UNIAD (Unidade de Pesquisas em Álcool e drogas) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - Hospital São Paulo

³ Ph.D: Psiquiatra e coordenador da UNIAD (Unidade de Pesquisas em Álcool e drogas) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - Hospital São Paulo

Recebido em 3.5.99
Aprovado em 13.1.00

Vários tipos de tratamento têm sido propostos recentemente para melhorar a evolução dos pacientes dependentes de álcool e drogas. Dependentes de cocaína, em especial, têm recebido maior atenção devido ao fato do consumo desta droga ter tido aumento significativo em várias partes do mundo desde meados dos anos 80⁽¹⁾. Muito embora nos EUA tenha ocorrido declínio no número de usuários eventuais, as complicações associadas ao consumo aumentaram⁽³⁾, principalmente com o advento do crack⁽³²⁾, que teve como repercussão aumento nos índices de crime e violência associados ao consumo e ao tráfico⁽³⁷⁾. Em São Paulo, pesquisas mostram que o índice de usuários de crack procurando serviços aumentou de 17% em 1990 para 64% em 1993⁽⁸⁾.

Apesar do aumento do problema, o tratamento para esta população continua permeado pela dificuldade desta manter-se vinculada a um serviço. O grau de aderência dos dependentes ao tratamento vem sendo bastante estudado^(7,11,16,19), sendo que alguns estudos mostram maior desistência em tratamento ambulatorial comparado a internações, com proporções de 70% ou abaixo^(35,40). Não só quantitativamente os dependentes ficam pouco tempo nos serviços, mas também tem-se estudado o que qualitativamente afeta o envolvimento do paciente no tratamento.

Fatores que já receberam evidências empíricas com relação ao abandono:

Algumas características específicas da população, como idade, droga de abuso, situação financeira e social^(15,16,40,41);

Objetivos do tratamento⁽⁹⁾, isto é, a importância de considerar o estágio no processo de mudança do cliente⁽²⁹⁾ e a congruência entre os objetivos do paciente e do tratamento⁽³⁹⁾;

Quem oferece tratamento, tornando o papel do agente/terapeuta bastante importante, em especial o estilo e orientação do terapeuta que parece interferir no sucesso do tratamento^(21,28);

Tempo de tratamento, ou seja, tratamentos mais longos não são necessariamente mais eficazes que os mais breves^(6,24,28,31,34,42), mostrando que intervenções breves são eficazes;

Características do programa (conteúdo, formato etc.) afetam a aderência ao tratamento de forma até maior do que as características demográficas⁽¹³⁾.

Das abordagens mais utilizadas no campo das dependências e que vão de encontro a sanar alguns dos fatores acima citados estão a "prevenção de recaída" e a "entrevista motivacional". A primeira, elaborada por Marlatt⁽²⁰⁾, tem como base a idéia de que no tratamento da dependência o aspecto crucial é a recaída e que esta deveria ser considerada como parte do processo. Aqui o tratamento em si é um processo, ao invés de objetivo fixo de abstinência. Portanto, deve-se reconhecer a recaída para poder ultrapassá-la e futuramente evitá-la. Os alicerces desta abordagem são: 1. a conscientização do problema, 2. o aprender a lidar com

situações (*coping skills*) e 3. a mudança nos hábitos de vida. Os métodos utilizados baseiam-se na terapia cognitiva-comportamental.

A Entrevista Motivacional (EM) é uma técnica proposta na década de 80 por Rollnick e Miller⁽²³⁾, já muito difundida mundialmente e mais recentemente no Brasil⁽¹⁶⁾. Os autores a definem como 'um estilo de aconselhamento diretivo centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando-o a explorar e resolver sua ambivalência'. A EM engloba técnicas de várias abordagens, tais como psicoterapias breves, 'terapia centrada no cliente', terapia cognitiva, terapia sistêmica e até a psicologia social de persuasão. Neste sentido envolve componentes diretivos e não diretivos. A motivação é vista de forma mais dinâmica, não estática e influenciável por fatores externos, como o terapeuta. Já que o paciente dependente fica pouco no tratamento é preciso intervir rapidamente. E porque os dependentes têm como característica a busca da gratificação imediata às custas do mal duradouro e porque a dependência é uma condição crônica de recaída, o principal objetivo do tratamento seria propiciar condições de mudança. De certa forma, a abordagem da EM usa a confrontação como objetivo (a idéia é que o cliente veja e aceite seu problema durante a terapia e dessa forma possa mudar) e não como um estilo terapêutico.

Em ambas as abordagens, o terapeuta atua como professor, guia que irá munir o paciente/estudante com os instrumentos para lidar com suas próprias questões no futuro⁽³⁸⁾. Baseado no que foi descrito até aqui, o tratamento para dependência deveria:

- ser focal e diretivo, pois a aderência se deteriora com o tempo⁽²¹⁾,

- conter o aspecto psicológico e não só o farmacológico⁽²⁷⁾,

- basear-se na ajuda para mudar o estilo de vida do dependente evitando a recaída⁽²⁷⁾.

Baseando-se nesses princípios elaboramos um projeto de atendimento grupal denominado "Grupo de Motivação". A experiência desse grupo tem como base o trabalho descrito no livro *Relapse Prevention for Addictive behaviours*, de Shamil Wanigaratne et al⁽³⁸⁾ com as adaptações devidas à cultura, população e serviço.

Visamos atuar sobre o período crítico de início de tratamento, introduzindo este trabalho de motivação aos recém chegados ao serviço. Este grupo tem como objetivos principais: 1. engajar o paciente no futuro tratamento (diminuindo assim as desistências); 2. conscientizá-los sobre seu problema; 3. avaliar mais detalhadamente cada indivíduo; 4. apresentar aos pacientes algumas técnicas específicas de tratamento mais diretivo.

Método

Pacientes

Participaram do estudo 111 pacientes usuários de drogas que vieram em busca de tratamento no período de abril de 97 a outubro de 98 na UNIAD, serviço

público do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP).

Procedimentos

• Critérios de inclusão e exclusão

O critério de inclusão nos grupos era que todas as pessoas com problema com drogas passariam por ele após uma primeira entrevista de triagem no serviço onde seria avaliada a adequação ou não do paciente para um atendimento grupal. Os critérios de exclusão foram os seguintes: casos de comorbidade psiquiátrica grave, consumo eventual de maconha ou cocaína e crack sem diagnóstico de uso abusivo, idade inferior a 13 anos e falta de vontade de ser atendido em grupo.

• Equipe de profissionais

A equipe era composta de cinco profissionais de saúde (quatro psicólogos e um psiquiatra) que coordenaram os grupos recebendo formação teórica necessária e sendo treinados previamente nas técnicas específicas do tratamento. Estes profissionais eram supervisionados semanalmente durante o período dos grupos.

• Sessões

Tendo como base as técnicas de 'Prevenção de Recaída' e 'Entrevista Motivacional', a organização do tratamento consistia de seis a oito sessões divididas em período de três a quatro semanas, quando alguns temas variados eram discutidos. É importante frisar que muitas vezes cada tema era discutido em mais do que uma sessão.

- Primeira sessão: apresentação do Serviço e dos participantes do grupo

Sessão mais livre, sem tema específico.

1 - Os coordenadores apresentam-se e pedem para as pessoas se apresentarem dizendo: a. nome, b. idade, c. porque procuraram o serviço, isto é, qual o problema delas (qual droga usam), d. último consumo, e. tratamentos anteriores e tempo abstinentes no passado e f. expectativas para este tratamento. Deixa-se as pessoas falarem e trocarem perguntas/comentários.

2 - Explicação do esquema do grupo: número de sessões, ressaltar que o grupo é só a primeira fase do tratamento.

3 - Contrato e regras dos quais fazem parte: a. tentar vir ao máximo de sessões possível, b. tentar não atrasar, c. não fumar, d. não é regra estar abstinente (é melhor que eles venham se usarem e falem a respeito para pensarmos juntos na situação do que não vir), mas pede-se que não venham 'sob os efeitos da droga';

4- Fala-se das possibilidades de futuro tratamento: individual, grupo, família.

- Primeiro tema: prós e contras de usar drogas

Introduz-se o tema falando da importância de se discutir e identificar não só os aspectos ruins, mas também os bons de usar drogas e:

1 - Para começar, pessoas preenchem individualmente os quadros apresentados na Tabela 1.

2 - Preenche-se o quadro na lousa e discute-se, levantando as seguintes questões: a. existem prós em usar, mesmo que sejam apenas o efeito da droga e o fato de esquecerem dos problemas. Isso não deve ser negado,

Tabela 1 - Exemplo de folha preenchida por paciente: vantagens e desvantagens de usar drogas

<p style="text-align: center;">Gosto em mim sem usar drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> humor melhora <input type="checkbox"/> fico mais sociável <input type="checkbox"/> melhora física e mentalmente <input type="checkbox"/> fico mais consciente <input type="checkbox"/> como melhor <input type="checkbox"/> relacionamento com família melhora <input type="checkbox"/> consigo me concentrar mais <input type="checkbox"/> tenho mais dinheiro 	<p style="text-align: center;">Gosto em mim usando drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> o 'barato'/'twin'da droga <input type="checkbox"/> sensação de euforia/excitação <input type="checkbox"/> sair fora do mundo, não pensar nos problemas <input type="checkbox"/> desinibição <input type="checkbox"/> sensação de alta auto-estima/sentir-se bem
<p style="text-align: center;">Não gosto em mim sem usar drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> inquietação/nervoso <input type="checkbox"/> depressão <input type="checkbox"/> fissura <input type="checkbox"/> pensamentos sobre a droga <input type="checkbox"/> ansiedade de pensar no tempo perdido e no que há por fazer 	<p style="text-align: center;">Não gosto em mim usando drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 'nóia' <input type="checkbox"/> mal estar físico: náusea, vômito etc <input type="checkbox"/> falta de controle/agressividade <input type="checkbox"/> sentimento de culpa <input type="checkbox"/> vontade de se matar <input type="checkbox"/> desânimo/preguiça <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> arrependimento <input type="checkbox"/> riscos que corro (físico, com polícia, de acidente, etc.

pois se não fosse bom usar eles não estariam tentando parar; b. os prós de usar são imediatos e momentâneos, enquanto os de não usar são mais duradouros; c. muitas vezes pessoas usam drogas para ficar mais sociáveis, perder a inibição, ou ficar menos deprimidas. Salienta-se esses pontos e sugere-se outros meios de lidar com dificuldades; d. as pessoas só param de usar se conseguirem identificar vantagens em estar sem consumir.

3 - Muitas vezes, para concluir, fala-se que apesar dos prós de usar todos querem parar, discutir o como 'dizer não'. Para tal, usam-se exemplos dos participantes, de situações onde foi difícil dizer não e dramatizam-se estas situações usando voluntários. Conversa-se sobre o quanto é difícil dizer não, mas a sensação de controle sobre si mesmo também é boa e do quanto para conseguir dizer 'não' é preciso 1. querer muito parar e 2. um esforço. Fala-se também que pensar nessas situações antes delas ocorrerem auxilia, pois quando e se elas realmente ocorrerem eles estarão melhor preparados para enfrentá-las.

- Segundo tema: situações de alto risco

Neste tema são discutidas as situações de alto risco, quando cada pessoa se sente muito tentada a usar.

1 - Explica-se o 'Modelo de recaída' de Marlatt (Figura 1)⁽²⁰⁾ num quadro e pede-se que os participantes dêem exemplos da vida pessoal que se adapte à teoria.

2 - Pede-se para cada um preencher individualmente a 'Escala de Auto-eficácia' baseado nos conceitos de Bandura⁽⁴⁾. O questionário é discutido, ressaltando as situações nas quais cada um se sentiu mais tentado a

usar: será que está relacionado a estado de espírito (bom ou depressivo) ou com situação externa (pessoas usando, brigas etc.)? Frisamos mais uma vez que identificar e pensar nessas situações antes delas ocorrerem auxilia, pois quando e se elas realmente ocorrerem, eles estarão melhor preparados para enfrentá-las;

3 - Dá-se quatro situações de alto risco fictícias, divide-se os pacientes em pequenos grupos e pede-se que discutam estratégias para não usar. A seguir, discute-se no grupo maior, sempre frisando que a situação é aquela e que eles *dirão* não. Ressaltar que eles têm que ter muito claro, dentro deles, o que querem (isto é, dizer não) para saberem fazê-lo externamente.

- Terceiro tema: rotina

Discute-se como ocupam o dia quando estão usando drogas e o que farão quando deixarem de consumir. Frisa-se que deixar de usar droga significará mudar outras coisas na vida: impossível deixar de usar e continuar com a mesma rotina (vendo mesmas pessoas, indo nos mesmos lugares). Muitas vezes essas mudanças são essenciais, por mais difíceis que sejam.

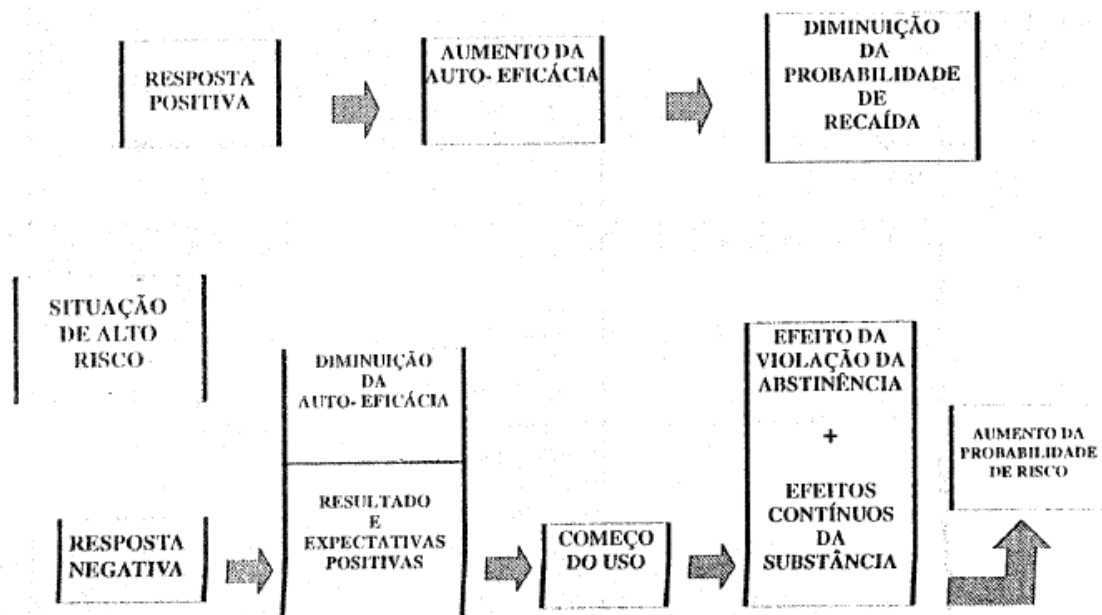
1 - Faz-se lista no quadro de atividades do dia atual, isto é, o que fazem durante o dia quando usam droga.

2 - Cada um constrói uma roda das suas 24 horas. Discute-se a de cada um, mostrando que muito do tempo hoje é gasto nas atividades relacionadas à droga. Pergunta-se uma vez que pararem o que farão da vida.

3 - Nova lista de como poderiam ocupar o dia sem usar drogas, tentando equilibrar os deveres com o lazer.

Neste momento, o importante é estimular os participantes a achar um equilíbrio na sua rotina entre os

Figura 1 - Modelo de recaída - G. A. Marlatt⁽²⁰⁾



deveres (trabalho, estudos) e lazer (pensando no que gostam de fazer além de usar droga).

- *Quarto tema: "decisões aparentemente irrelevantes - DAI"*

Inicia-se explicando que as DAI são pequenas atitudes inconscientes que levam ao uso, mas que se pensadas antes podem evitar o consumo (ex: um caminho que se pega, uma entrada num local de alto risco, um telefonema etc.). Os passos da sessão seriam:

1 - Explica-se a teoria dando o exemplo de uma pessoa que tem de chegar num lugar e acha que sabe sem olhar no mapa. Ele vai 'adivinhandando' até que chega no 'lugar nenhum'. O moral é que se ele tivesse pensado antes, em cada cruzamento, para onde deveria ir, seria mais fácil chegar no destino desejado. Agora ele teria que começar tudo de novo e estava literalmente perdido. Tenta-se associar essa situação com o consumo de drogas e dar exemplos.

2 - Discute-se primeiro situações fictícias nas quais dependentes tomam DAI e pede-se para pensarem no que poderia ter sido feito diferentemente para que esses dependentes evitassem o consumo.

3 - Pede-se para, com base na experiência pessoal, pensarem na última recaída de forma mais detalhada e preencher o quadro apresentado na tabela 2, ocasião na qual podem perceber que houve planejamento antes do consumo (de como conseguir o dinheiro, de onde comprar etc) por menos consciente que seja. Com este exercício fica mais evidente que os pacientes podem controlar o consumo se quiserem e que se programarem-se antes a chance de usar drogas diminuirá.

- *Quinto tema: estágios de mudança*

Discutir o processo de mudança e o grau de motivação de cada um para parar de usar drogas e tratar-se:

1 - A 'Espiral de mudança' de Prochaska e DiClementi (Figura 2) ⁽³⁰⁾ é explicada, ressaltando que a mudança não ocorre de um momento para o outro, mas que é um processo lento de idas e vindas no qual a recaída está geralmente incluída. Explica-se que recair não é o problema em si, mas que é necessário pensar sobre o fato para evitar que ele volte a ocorrer no futuro. Cada paciente vai ao quadro e escreve seu nome na fase do processo em que se encontra.

2 - Entrega-se uma lista de perguntas sobre motivação para cada um, explicando que capacidade de mudar está intimamente ligada ao grau de motivação para fazer essa mudança. Pede-se que, em duplas, se questionem. Ressalta-se que o estar motivado/querer mudar passa por fases, desde o reconhecer o proble-

Fig. 2 - Modelo em espiral dos estágios de Prochaska e col. (1992)⁽³⁰⁾



Tabela 2 - Quadro preenchido por paciente sobre a última recaída

Última recaída	Pensando	Sentindo	Fazendo
Antes	<input type="checkbox"/> Como é que eu vou fazer para conseguir dinheiro? <input type="checkbox"/> Ai que vontade de dar só um 'tirinho'!	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Angústia <input type="checkbox"/> Excitação	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Sozinho em casa, andando de um lado para outro
Durante	<input type="checkbox"/> Porque é que estou fazendo isso? <input type="checkbox"/> Será que aquelas pessoas estão me olhando? <input type="checkbox"/> O que é que vou dizer lá em casa?	<input type="checkbox"/> 'barato' fugaz da droga <input type="checkbox"/> Culpa <input type="checkbox"/> Arrependimento	<input type="checkbox"/> Usando
Depois	<input type="checkbox"/> Porque fui fazer isto? <input type="checkbox"/> Já que usei, posso continuar usando. <input type="checkbox"/> Como vou conseguir mais?	<input type="checkbox"/> Vontade de usar mais <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Culpa <input type="checkbox"/> Vergonha	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Prostrado onde usei, sem ânimo/forças de me mexer

ma até sentir-se confiante e capaz de mudar, passando por sentir-se preocupado com os efeitos nocivos da droga em si e nos outros;

3 - Após a discussão, os elementos do grupo olham mais uma vez para a espiral e para os nomes e checam se ainda se sentem bem com o nome naquela mesma fase do processo de mudança.

- *Última sessão: avaliação e fechamento*

Sessão mais livre onde se discutirá:

1 - Como se sentem, se o grupo os afetou de algum modo no que diz respeito à motivação para parar, expectativas de futuro tratamento (preferência por individual ou grupo), comentários gerais sobre o funcionamento do grupo;

2 - Preenchimento de questionário de avaliação do grupo;

3 - Explica-se que cada caso será discutido e o encaminhamento será definido em entrevista individual.

A cada sessão o tema anterior é recapitulado por um participante do grupo e as pessoas são estimuladas a levar material para casa e pensar. No caso de haver necessidade, o paciente passa por uma avaliação psiquiátrica. Ao fim das sessões, cada caso é então discutido por uma equipe para que o devido encaminhamento seja feito.

Método de análise

Foi criada uma base de dados e feita uma análise descritiva da população, bem como de alguns aspectos clínicos do tratamento, por meio do programa *Statistical Package Science Social (SPSS)*.

Resultados

Dados sócio-demográficos

Participaram no estudo 111 pacientes que fizeram parte dos Grupos de Motivação. A idade média foi de 24 anos, mínima de 13 e máxima de 46 anos. 94% da população era masculina e pouco mais da metade tinha o 1º grau incompleto. 54% estavam desempregados e 27% com emprego fixo. A Tabela 3 mostra as drogas de escolha deste grupo de pacientes. 65% eram fumantes e 49,5% já tinham feito tratamento anterior.

Dados clínicos

O número total de sessões para cada grupo variou de seis a oito, tendo-se uma média de sete sessões ministradas por grupo. A média de sessões frequentadas deste total foi cinco. 23% do total de pacientes vieram a 100% das sessões, isto é, a todas as sessões, e 50% do total de pacientes veio a 65% das sessões, mostrando que houve uma boa assiduidade dos pacientes durante esta parte do processo terapêutico. Porém, terminaram o grupo 45% dos pacientes que vieram a pelo menos uma sessão do grupo, sendo que destes 45%, quase metade, estavam em tratamento na nossa unidade um mês após o término no grupo.

Apesar do acompanhamento clínico psiquiátrico disponível, 60% dos pacientes não estavam sendo medicados durante sua participação no grupo.

Tabela 3 - Escolhas para as principais drogas (em %)

	1ª droga de escolha (%)	2ª droga de escolha (%)	3ª droga de escolha (%)
Cocaína	43,2	28,8	5,4
Crack	33,3	10,8	4,5
Maconha	10,8	20,7	22,5
Álcool	9,9	27,0	17,1

Resultados qualitativos

Apesar de não haver dados objetivos (por exemplo testes de screening de urina ou relato de parentes), foi observado que pessoas que chegaram abstinentes no grupo mantiveram-se abstinentes e completaram o grupo, o que vai de acordo com dados descritos na literatura⁽¹²⁾.

Aparentemente, usuários de crack têm tendência a desistir, principalmente aqueles que ainda não pararam de consumir: chegam ansiosos para a 1ª sessão, querem ajuda imediata e, apesar da ambivalência, mostram desejo de parar. Porém, acabam por faltar e não se mantêm em tratamento. Fenômeno similar ocorre com os usuários de maconha, apenas: chegam muito ambivalentes ao tratamento, forçados pelos pais, e muito pouco convictos do mal que a droga lhes vêm causando. Comparecem às primeiras sessões e acabam abandonando o grupo.

Alguns comentários dos pacientes retirados do questionário de avaliação foram contraditórios, isto é, para alguns o número de sessões e o número dos participantes foi satisfatório, enquanto que para outros poderia ser diferente (poderia haver mais sessões, as sessões poderiam ser mais longas, ter mais ou menos participantes por grupo). O fato de haver pessoas de idades, sexo e drogas de escolha diferentes não foi empecilho na opinião dos participantes. Temas como: mais informações sobre álcool, drogas e fissura foram sugeridos. Vale ressaltar que 40,5% da amostra relatam que o grupo 'afetou muito' a motivação para parar o consumo (numa escala de 1 a 7, de não afetou nada para afetou muito) e 70% estavam 'muito confiante' para recomendar o grupo a um amigo (numa escala de 1 a 7, de pouco a muito confiante).

Porém, o que parece acontecer é que depois dessa que seria apenas a 1ª fase no tratamento, os pacientes param de frequentar o serviço, talvez com a idéia de que o trabalho já foi concluído.

Discussão

Foi proposto tratamento grupal de duração de seis a oito sessões, duas vezes por semana, baseado nas abordagens da Prevenção de Recaída e Entrevista Motivacional para dependentes de drogas ilícitas. As evidências mostram que este grupo é eficaz no seu momento de atuação (isto é, a assiduidade e participação foram boas durante o período do grupo), mas não necessariamente promoveu maior aderência ao tratamento, a médio e longo prazo. Muitos fatores

podem levar ao abandono dos grupos e a não continuação no tratamento, entre eles não adaptação ao grupo e técnicas utilizadas, falta de vontade de parar o consumo, engajamento num emprego, encaminhamento a outros serviços, horários não compatíveis, entre outros.

Este estudo, por ser apenas descritivo (isto é, mostrar em detalhes como este tratamento foi elaborado), tem suas limitações tais como: não comparar esta com outras técnicas ou abordagens e não avaliar objetivamente possíveis marcadores de sucesso de tratamento, tais como a abstinência (via *screening* de urina ou relato dos parentes/paciente) ou a reinserção socio-ocupacional dos participantes ao longo do grupo. Porém, o objetivo deste estudo era apenas mostrar a viabilidade de uma proposta de atendimento e os resultados parecem mostrar que o Grupo de Motivação é viável: o primeiro passo foi dado, o segundo será comparar a eficácia deste tratamento com outros, isto é, um ensaio clínico.

Os dados quanto à retenção ao grupo (45% dos que começaram, terminaram) indicam uma boa média em relação a dados semelhantes da literatura^(2,5,12); Carroll et al⁽⁵⁾ reportam que 21% dos pacientes não conseguiram completar duas semanas de tratamento e que apenas 35,2% completaram o tratamento total de 12 semanas. Wallace⁽³⁷⁾ relatou que 2/3 dos usuários de crack desistiram do tratamento ambulatorial no 1º mês. Kleinman⁽¹⁷⁾ mostrou que apenas 25% do total de pacientes usuários de cocaína ficaram até seis sessões.

Esta nova abordagem aqui detalhada tem vantagens: 1. de ser um tratamento breve, com poucas sessões, centrada em temas específicos. A prática mais dirigida, baseada nos conceitos cognitivo-comportamentais, têm cada vez se mostrado mais eficientes no tratamento das dependências^(10,14,26); 2. Da prática grupal ser mais econômica que a individual, além da literatura questionar a eficácia da 2ª sobre a 1ª⁽³³⁾; 3. Do treinamento de profissionais ser relativamente simples: por ser uma abordagem que se utiliza de um pacote fechado de técnicas, basta o profissional estar previamente familiarizado com as bases do tratamento (isto é, a Prevenção de recaída e a Entrevista motivacional) e com a população de dependentes (nas suas especificidades), que a aplicação das técnicas não é complexa.

Neste sentido, poder-se-ia dizer que é um tratamento de baixo custo, isto é, capaz de atender maior número de pacientes em tempo menor, sendo mais barato e, o mais importante, sendo, possivelmente tão eficaz quanto outras abordagens mais custosas.

Com base no questionário de avaliação feito pelos participantes do grupo, percebe-se boa aceitação deste novo modelo de trabalho no Brasil: o fato de ser um grupo mais diretivo, com atividades e temas específicos, parece estimular mais os participantes. Discutir questões do dia-a-dia, encontrar juntos soluções para problemas, explorar como enfrentar situações de alto risco e ensiná-los a reconhecer o seu grau de motivação e se colocar em uma determinada fase no processo de mudança contribuem para tornar este

momento do tratamento mais estimulante. Os pacientes sentem-se objetivamente orientados e percebem a possibilidade de fazer mudanças em suas vidas de forma a facilitar a abstinência, o que até então lhes parecia impossível.

Com base nos pontos levantados, fica evidente o potencial desta nova proposta no tratamento de dependentes de drogas. O objetivo, no futuro próximo, é investir em um trabalho para comprovar a eficácia deste tratamento comparado a outros tratamentos oferecidos a esta mesma população.

Referências

1. ADAMHA. National household survey on drug abuse: Highlights 1988. National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, MD, 1989.
2. Alterman AI et al. Effectiveness and costs of inpatient versus Day Hospital treatment for cocaine dependence. *Journal of Nervous Mental Disorders* 1994a;182:57-183.
3. Araújo MR et al. Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. *J bras psiquiatr* 1998; 47:497-511.
4. Bandura A. Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavior change. *Psychological Review* 1977; 84:191-215.
5. Carroll K et al. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry* 1994;51:177-87.
6. Chapman PL Huygens I. An evaluation of three treatment programmes for alcoholism: An experimental study with 6 and 18 month follow-ups. *British Journal of Addiction* 1988; 83:67-81.
7. Craig R, Olsen R. Differences in psychological need hierarchy between program completers and dropouts from a drug abuse treatment program. *American Journal of Addiction* 1990;25: 1-26.
8. Dunn, John et al. Crack Cocaine: An increase in use among patients attending clinics in São Paulo:1990-1993. *Substance Use & Misuse* 1996;31:519-27.
9. Einstein S. Factors initiating/ affecting the treatment of drug use and the drug user. *The International Journal of Addictions* 1980;15:773-94.
10. Finney JW, Monahan SC. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. *Journal of Studies on Alcohol* 1996; 57:229-43.
11. Harris R et al. A comparison of dropouts and disciplinary discharges from a therapeutic community. *International Journal of Addiction* 1980;15:749-56.
12. Higgins ST et al. Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry* 1994;54:568-76.
13. Hoffman JA et al. Comparative Cocaine abuse Treatment strategies: enhancing client retention and treatment exposure. In: *Experimental therapeutics in addiction medicine*. The Haworth Press, Inc; 1994.
14. Holder H et al. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol* 199;52:517-40.
15. Jones JW. Predicting patients' withdrawal against medical advice from an alcoholism treatment center. *Psych Rep* 1985;57:991-994.
16. Jungerman FS, Laranjeira R. Entrevista Motivacional: Bases teóricas e práticas. *J bras psiquiatr* 1999;48:197-207.
17. Kleinman PH et al. Retention of cocaine abusers in outpatient psychotherapy. *American Journal of drug and Alcohol Abuse* 1992;18:29-43.

18. Linn M. Attrition of older alcoholics from treatment. *International Journal of Addictive Disorders* 1978;3:437-47.
19. Love J, Gossop M. The processes of referral and disposal within a London Drug Dependence Clinic. *British Journal of Addiction* 1985;80:435-40.
20. Marlatt GA, Gordon JR, editors. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York (NY):Guilford Press;1985.
21. Meichenbaum D, Turk DC. *Facilitating Treatment Adherence, a practitioner's guidebook*. New York and London: Plenum Press; 1987.
22. Miller WR, Sovereign RG. The Check-up: A model for early intervention in addictive behaviors. In: T.Loberg et al, editors. *Addictive Behaviors: Prevention and early intervention*. Amsterdam: Swett & Zeitlinger: 1989, p. 219-31.
23. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York (NY): Guilford Press; 1991.
24. Miller WR, Taylor CA. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors* 1988;5:13-24.
25. Miller WR et al. Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980;48:590-601.
26. Miller WR et al. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In: RK Hester, WR Miller, editors. *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. 2nd ed. Boston: Allyn and Bacon: 1995, p.12-44.
27. Monti PM et al. Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction* 1997; 97:1717-28.
28. Orford J, Edwards G. *Alcoholism. A comparison of treatment and advice, with a study of the influence of marriage*. Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital. Monograph No 26. New York; Oxford University Press; 1977.
29. Prochaska JO, DiClementi CC. Transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982;19:276-88.
30. Prochaska JO et al. In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychologist* 1992;7:1101-14.
31. Rollnick S et al. Methods of helping patients with behavior change. *British Medical Journal* 1993;307:188-90.

32. SAMHSA. National household survey on drug abuse: Highlights 1991. Office of Applied studies, U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, MD, 1993.
33. Schmitz JM et al. Relapse Prevention treatment for cocaine dependence: group vs individual format. *Addictive behaviors* 1997;22:405-18.
34. Skutle A, Berg, G. Training in controlled drinking for early-stage problem drinking. *British Journal of Addiction* 1987;82:493-502.
35. Stark M et al. Personality, drug use, and early attrition from substance abuse treatment. *American Journal of Alcohol and Drug Abuse* 1988;14:475-85.
36. Steer R. Retention in drug-free counseling. *International Journal of Addiction* 1983; 18:1109-14.
37. Wallace BC. Crack cocaine: A practical treatment approach for the chemical dependent. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1991.
38. Wanigaratne S et al. Relapse Prevention for addictive behaviours: a manual for therapists. England: Blackwell Science;1995.
39. Wickizer T et al. Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington state. *American Journal of Public Health* 1994;84:215-22.
40. Wilkinson E et al. Psychological test characteristics and length of stay in alcoholism treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 1971;32: 60-5.
41. Wilson E, Whelan W. Anxiety as a factor in continuance and dropout in treatment. *International Journal of Addiction* 1983;18:577-82.
42. Zweben A et al. A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: The results of the marital systems study. *British Journal of addiction* 1988; 83:899-916.