

‘GRUPOS DE MOTIVAÇÃO’: ESTUDO DESCRITIVO DE UM ATENDIMENTO PARA DEPENDENTES DE DROGAS

Flávia S. Jungerman, 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

Roberto A. M. de Almeida: Psiquiatra colaborador da UNIAD (Unidade de Pesquisas em Álcool e drogas) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP – Hospital São Paulo

Ronaldo Laranjeira, 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

Introdução

Vários tipos de tratamento tem sido propostos recentemente para melhorar a evolução dos pacientes dependentes de álcool e drogas. Dependentes de cocaína em especial têm recebido uma maior atenção, devido ao fato do consumo desta droga ter tido um aumento significativo em várias partes do mundo desde meados dos anos 80 ⁽¹⁾. Muito embora nos EUA tenha existido um declínio no número de usuários eventuais, as complicações associadas ao consumo aumentaram ⁽³⁾ principalmente com o advento do crack ⁽³²⁾, que teve como repercussão um 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 uma maior desistência em tratamento ambulatorial comparado à 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. Alguns fatores que já receberam evidências empíricas com relação ao abandono:

- 1- **algumas características específicas da população**, como idade, droga de abuso, situação financeira e social ^(15,18,40,41);
- 2- **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⁾;

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

4- **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;

5- **características do programa** (conteúdo, formato, etc) afetam a aderência ao tratamento de uma 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 pontos 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, um aspecto crucial é a recaída, e que esta deveria ser encarada como parte do processo. Aqui o tratamento em si é um processo, ao invés de ser encarado com um 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 têm como base a terapia cognitiva-comportamental.

A Entrevista Motivacional (EM) é uma técnica proposta durante a 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 os clientes 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, a EM envolve componentes diretivos e não diretivos. Nesta abordagem, a motivação é encarada de forma mais dinâmica, não estática e influenciável por fatores externos, tais como o terapeuta. A idéia é que já que como o paciente dependente fica pouco no tratamento, é preciso fazer uma intervenção rápida . 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 um 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 um professor, um 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 podemos dizer que o tratamento para dependência deveria:

- 1- ser focal e diretivo , pois a aderência se deteriora com o tempo ⁽²¹⁾,
- 2- conter o aspecto psicológico e não só o farmacológico ⁽²⁷⁾,
- 3- basear-se na ajuda para mudar o estilo de vida do dependente para evitar recaída ⁽²⁷⁾.

Baseando-se nesses princípios foi por nós elaborado um projeto de atendimento grupal chamado de "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 - fazer uma avaliação mais detalhada de cada indivíduo; 4- além de apresentar aos pacientes algumas técnicas específicas de tratamento mais diretivo.

Método

1- 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 que é um serviço público do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP).

2- PROCEDIMENTOS

0 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, falta de vontade

de ser atendido em grupo.

1 Equipe de profissionais

A equipe era composta de 5 profissionais de saúde (4 psicólogos e 1 psiquiatra) que coordenaram os grupos, recebendo formação teórica necessária e sendo treinados previamente nas técnicas específicas do tratamento. Estes profissionais tinham uma supervisão semanal durante o período dos grupos.

C- Sessões

Tendo como base as técnicas de ‘Prevenção de Recaída’ e ‘Entrevista Motivacional’, a organização do tratamento consistia de 6 a 8 sessões divididas num período de 3 a 4 semanas, onde 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

Uma 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 abster-se (aliás importante frisar que 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' para as sessões;

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 folha dividida em 4 partes: o que eu gosto em mim usando drogas, o que eu não gosto em mim usando, o que eu gosto em mim sem usar drogas e o que eu não gosto em mim sem usar drogas. A *TABELA 1* mostra um exemplo de folha preenchida por paciente.

2- Preenche-se o quadro na lousa e discute-se, levantando os seguintes pontos : 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, pois se não fosse bom usar, eles não estariam aqui tentando parar; b) Porém prós de usar são imediatos e momentâneos, enquanto os de não usar, são mais duradouros; c) muitas vezes, pessoas usam drogas para ficarem mais sociáveis, perderem a inibição, ou ficarem menos deprimidas, etc. Salienta-se esses pontos e sugere-se outros meios de lidar com dificuldades; d) as pessoas só param de usar se conseguirem ver 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, aquelas onde 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 onde cada um se sente mais tentado a usar: será que tem a ver com um 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 um pouco mais bem preparados para enfrentá-las;

3- Dá-se 4 situações de alto risco fictícias e 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 vão dizer não. Ressaltar que eles tem 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) e muitas vezes, essas mudanças são essenciais, por mais difíceis que às vezes o 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 individualmente 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, dentro de sua rotina entre os 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 tomadas 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'. A moral é que se ele tivesse pensado antes, em cada cruzamento, para onde deveria ir, seria mais fácil chegar no destino desejado. Agora ele ia ter 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 onde dependentes tomam DAI e pede-se para pensarem no que poderia ser 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. Eles preenchem uma folha com o que sentiu, pensou e fez, antes, durante e depois do uso. Com isso, eles têm chance de perceber que houve um 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 controlar o consumo se quiserem e que se se programarem antes, a chance de usar drogas diminuirá.

A *TABELA 2* mostra um exemplo de folha preenchida sobre a última recaída.

- 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 e onde 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 ela 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. Pedir que, em duplas, se questionem. O que é ressaltado é que o estar motivado/ querer mudar passa por fases, desde o reconhecer o problema 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.

3- MÉTODO DE ANÁLISE

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

Resultados

1- 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, durante o grupo. A *TABELA 1* mostra as drogas de escolha deste grupo de pacientes. A primeira droga de escolha foi a cocaína (43%), seguida do crack (33%) e da maconha (11%). A segunda droga de escolha também foi a cocaína (29%), seguida do álcool (27%) e da maconha (21%). A *TABELA 3* mostra as escolhas para as principais drogas.

65% da população era de fumantes e 49,5% dos participantes já tinham feito tratamento

anterior.

2- DADOS CLÍNICOS

O número total de sessões para cada grupo variou de 6 a 8, tendo-se uma média de 7 sessões ministradas por grupo. A média de sessões frequentadas deste total foi 5. 23% do total de pacientes veio 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 estava em tratamento na nossa unidade um mês após o término no grupo.

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

3- 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 uma tendência a desistir mais, principalmente aqueles que ainda não pararam de consumir: chegam ansiosos para a 1ª sessão, querem ajuda imediata e, apesar da ambivalência, mostram um desejo de parar. Porém, acabam por

faltar e não se mantêm em tratamento. Um fenômeno similar ocorre com os usuários de maconha apenas: eles 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, número dos participantes, foi satisfatório enquanto que para outros poderia ser diferente (poderiam 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 diferente não foi um empecilho na opinião dos participantes. Temas como: mais informações sobre álcool e drogas, fissura, foram sugeridos. Vale ressaltar que 40,5% da amostra relata 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% estava '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 um tratamento grupal de duração de 6 a 8 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 conseguiu completar 2 semanas de tratamento e que apenas 35,2% completou o tratamento total de 12 semanas. Wallace ⁽³⁷⁾ relatou que 2/3 dos usuários de crack desistiu do tratamento ambulatorial no 1º mês. Kleinman ⁽¹⁷⁾ mostrou que apenas 25% do total de pacientes usuários de cocaína ficou até 6 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 um maior número de pacientes, em um 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 uma 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 acima 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.

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 uma avaliação mais detalhada, uma 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% veio 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 nossa unidade um mês após o término no grupo. São discutidas as limitações do estudo e propostas de trabalhos futuros derivados deste estudo preliminar.

Summary

'Motivational groups': descriptive study of a treatment for drug dependents

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 3 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.

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

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

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, A.I. 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, M.R. et al. Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. Jornal brasileiro de psiquiatria 1998; 47(10):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, P.L.& 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. and 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(4): 519-527.
- 9- Einstein, S. Factors initiating/ affecting the treatment of drug use and the drug user. *The International Journal of Addictions*, 15 (6): 773-794, 1980
- 10- Finney, J.W. and Monahan, S.C. 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: 749-756.
- 12- Higgins, S.T. et al. Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry* 1994; 54: 568-76.
- 13- Hoffman, J.A. 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* 1991; 52: 517-40.

15- Jones, J.W. Predicting patients' withdrawal against medical advice from an alcoholism treatment center. *Psych Rep* 1985; 57: 991-994.

16- Jungerman, F.S. e Laranjeira, R. Entrevista Motivacional: Bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1999; 48: 197-207.

17- Kleinman, P.H. 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: 437-447.

19- Love, J. and Gossop, M. The processes of referral and disposal within a London Drug Dependence Clinic. *British Journal of Addiction* 1985; 80: 435- 440.

20- Marlatt, G.A.& Gordon, J.R., editors. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York (NY): Guilford Press; 1985.

21- Meichenbaum, D. and Turk, D.C. Facilitating Treatment Adherence, a practitioner's guidebook. New York and London: Plenum Press; 1987.

22- Miller, W.R. and Sovereign, R.G. The Check-up: A model for early intervention in addictive behaviors. In: T.Loberg et al, editors. *Addictive Behaviors: Prevention and early intervention* . Amsterdam: Swets& Zeitlinger: 1989, p. 219-31.

23- Miller, W.R. & Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York (NY): Guilford Press; 1991.

24- Miller, W.R.& Taylor,C.A. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors* 1988; 5: 13-24.

25- Miller, W.R. et al. Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem

- drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980; 48: 590-601.
- 26- Miller, W.R. et al. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In R.K.Hester and W.R.Miller, editors. *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. 2nd ed. Boston: Allyn and Bacon: 1995, p.12-44.
- 27- Monti, P.M. et al. Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction* 1997; 97(12):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. (Oxford University Press- New York, 1977)
- 29- Prochaska, J.O.& DiClementi, C.C. Transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982; 19: 276-288.
- 30- Prochaska, J.O 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: 188-190.
- 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, J.M. et al- Relapse Prevention treatment for cocaine dependence: group vs individual format. *Addictive behaviors* 1997; 22 (3): 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: 475-485.
- 36- Steer, R. Retention in drug-free counseling. *International Journal of Addiction* 1983; 18: 1109-1114.
- 37- Wallace, B.C. *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(2): 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: 60-65.
- 41- Wilson, E. and Whelan, W. Anxiety as a factor in continuance and dropout in treatment. *International Journal of Addiction* 1983; 18: 577-582.
- 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.