

## A TÉCNICA DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL NA ADOLESCÊNCIA

Ilana Andretta\*

Margareth da Silva Oliveira\*\*

### RESUMO

O uso de drogas na adolescência vem crescendo drasticamente nos últimos 15 anos, a ponto de tornar-se reconhecido problema de saúde pública. Certo é que, quanto antes forem aplicados alguns tipos de tratamento a este problema, menores serão as consequências negativas do uso de drogas. Este artigo busca expor os tratamentos existentes para a dependência química na adolescência e tem como foco a Entrevista Motivacional, espécie de tratamento ambulatorial, caracterizada como uma técnica breve realizada em de 1 a 5 sessões e que é empregada, principalmente, para comportamentos de uso de drogas ilícitas, tabaco e álcool. Apresenta características positivas para aplicabilidade na adolescência, tais como a busca pela motivação intrínseca do paciente, a não-confrontação, não-hostilidade e uso de técnicas cognitivas para auxiliar o processo terapêutico.

Palavras chaves: entrevista motivacional, técnica, psicoterapia, adolescentes

### ABSTRACT

#### THE TECHNIQUE OF MOTIVATIONAL INTERVIEW IN ADOLESCENCE

*Drug use in adolescents has been growing drastically in the past 15 years, so that it is being recognized as a public health issue. Certainly, the sooner certain types of treatments are used, lower shall be the risk of drugs abuse. This article tries to display the existing treatments for chemical dependence through adolescence and has as its focus the motivational interview, a type of ambulatory treatment, characterized as a brief technique, applied in about 1 to 5 sections, mainly to cases of illicit drugs, tobacco and alcohol. The technique has positives*

---

\* Mestre em Psicologia Clínica; Doutoranda em Psicologia – PUC-RS.

\*\* Professora de graduação e pós-graduação em psicologia – PUC-RS; Doutora em Ciências da Saúde (UNIFESP).

*characteristics for its applicability through adolescence as the search for the patient intrinsic motivation, the non confrontation, non hostility, and the use of cognitive techniques to assist in the therapeutic process.*

*Keywords: motivational interview, technique, psychotherapy, adolescents*

## 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcado por inúmeras transformações e conquistas importantes. No entanto, fatores como o uso de drogas podem transformar o adolescente em um adulto problemático com seqüelas irreversíveis para o desenvolvimento de sua vida futura. O consumo de drogas nesta fase pode trazer sérias conseqüências físicas e/ou psíquicas para o desenvolvimento, como déficits cognitivos, problemas físicos, envolvimento em acidentes e infrações. Quanto mais precoce for a intervenção, maiores serão as chances de melhor prognóstico e menor lesividade para a vida do sujeito imberbe (Muck e cols., 2001).

A literatura descreve que é muito difícil para o adolescente buscar atendimento psicoterápico por vontade própria e, nestes casos, a entrevista motivacional tem-se mostrado muito benéfica (Channon, Smith e Gregory, 2003; Lawendowski, 1998; Lincourt, Kuettel, Bombardier, 2002; McCambridge e Strang, 2004; Marques, 2004; Sampl e Kaden, 2001), pois trabalha diretamente com a resolução da ambivalência, aqui subentendida como um conflito existente entre duas opções, para modificação de comportamentos aditivos e com o aumento da motivação interna.

O presente artigo propõe uma revisão teórica sobre o consumo de drogas na adolescência no Brasil e sobre os principais tratamentos psicoterápicos utilizados nesta fase, enfatizando a Entrevista Motivacional, descrevendo princípios da técnica e modelos de aplicabilidade na adolescência.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa em livros que abordassem os tópicos: adolescência, uso de drogas, tratamento e Entrevista Motivacional na adolescência, e nas bases de dados *Pschynfo*, *Web of Science*, *Medline* e *Lilacs*, nos últimos 10 anos, sobre os tópicos “Adolescence or Adolescent and Motivational Interviewing” ou “Adolescence or Adolescent and Motivational Enhancement Therapy”. De um total de 55 artigos encontrados, selecionamos 12 especificamente relacionados à entrevista motivacional na adolescência.

A adolescência é uma época marcada por inúmeras transformações, descobertas, rupturas e aprendizagens e representa a passagem do período da infância para a vida adulta. Neste processo todo há o envolvimento de muitos medos,

riscos e instabilidade, tanto pela parte física quanto pelas partes hormonal e psicológica.

Segundo Aberastury e Knobel (2000), a adolescência normal é caracterizada pela busca de si mesmo e de sua identidade, pela separação progressiva dos pais e vinculação com o grupo, pelo desenvolvimento do pensamento abstrato e necessidade de intelectualizar e fantasiar, pela evolução da sexualidade, pelas crises religiosas, vivência temporal singular, atitude social reivindicatória e constantes flutuações de humor e contradições sucessivas.

Segundo Silva e Matos (2004), a falta de relações afetivas genuínas e de apoio familiar, a pressão do grupo, a violência doméstica, familiares dependentes químicos e baixa auto-estima têm sido relatados como fatores de risco para uso e dependência de substâncias. Por outro lado, fatores como religiosidade, estrutura familiar empática, conhecimento sobre drogas e habilidades sociais têm sido descritos como protetores em relação ao uso.

Segundo dados do Centro Brasileiro de Informação sobre Álcool e Outras Drogas – CEBRID (Carlini, Galduróz, Noto e Nappo, 2002), em um levantamento domiciliar realizado em cidades com mais de 200 mil habitantes sobre o uso de drogas, excluindo as drogas lícitas, a maconha foi a droga ilícita mais citada (6,9 da população nesta amostra já usaram esta substância), seguida pelos solventes (5,8), pelos estimulantes de apetite (4,3) e pelos benzodiazepínicos (3,3).

Segundo Ramos e Saibro (2003), Porto Alegre é a capital brasileira que mais cresce em consumo de drogas e onde o índice de consumo é o mais alto. Conforme o mesmo levantamento, os jovens dos colégios públicos de Porto Alegre estão fumando maconha seis vezes mais e consumindo cocaína 23 vezes mais que há 15 anos.

Sampl e Kadden (2001) compararam adolescentes que não usam maconha com os que usam e constataram que estes últimos têm problemas relativos a sintomas de dependência, entrada em emergência de hospitais, evasão escolar, problemas comportamentais, problemas com a justiça por infração à lei e desenvolvimento de alguma patologia psíquica.

Cotidianamente, constata-se que o uso de drogas está cada vez mais associado à criminalidade infanto-juvenil, e várias são as menções deste enfoque relacional de que a droga induz jovens à delinquência e seria, eventualmente, o agente motivador do cometimento de atos infracionais (Mariano da Rocha, 2003).

De acordo com Lambie (2004), os adolescentes são os pacientes mais difíceis de trabalhar no ambiente terapêutico. São os que oferecem mais hostilidade, maior desconfiança e outras formas de resistências, além de baixa motivação para tratamento, pois estão iniciando o processo de desenvolvimento das suas habili-

dades sociais e cognitivas, seus modelos de relacionamento e adquirindo habilidade de demonstrar seus sentimentos.

Quanto mais precoce for o início do uso de substâncias, maiores serão os riscos de desenvolver uma dependência e mais graves serão as consequências na saúde do indivíduo, motivo pelo qual o tratamento também deve ser iniciado de modo mais precoce (Highet, 2003). As intervenções breves e precoces podem promover a diminuição de consequências negativas do uso de drogas, além de aumentar a probabilidade de o sujeito não desenvolver dependência por substâncias químicas (Masterman e Adrian, 2003; Stephens, Roffman, Fearer, Williams e Picciano, 2004).

Os jovens raramente buscam ajuda por conta própria, em especial os usuários de drogas. Dificilmente relacionam seus problemas ao uso das substâncias, notadamente porque estão em constantes mudanças tanto físicas quanto psicológicas. Os que percebem alguma dificuldade tendem a minimizá-la ou a negá-la, achando que tudo vai passar e que nada de ruim vai acontecer ou se perpetuar. Dependendo da forma como for abordada, a resistência poderá aumentar, dificultando muito o sucesso do processo terapêutico (Marques, 2004).

Kaminer e Szobot (2004) afirmam que a variabilidade no sucesso e na taxa de adesão ao tratamento depende de variáveis como a gravidade da dependência química, o funcionamento global do adolescente antes do uso da droga, a presença de co-morbidade psiquiátrica e a motivação para mudança de comportamento. Segundo Lawendowski (1998), espera-se que 50% dos adolescentes não retornem após o primeiro contato e 70% deixem o tratamento prematuramente.

Existem várias modalidades de tratamento para adolescentes que usam drogas e a escolha do tratamento dependerá de questões como situações de risco, tipo de droga utilizada, grau de suporte familiar ou social e prejuízo no funcionamento global.

O tratamento ambulatorial, segundo Kaminer e Szobot (2004), é indicado para os adolescentes com problemas com substâncias em aproximadamente 70% dos casos. Há vários modelos de tratamento do tipo ambulatorial e com efetividade cientificamente comprovada. Esse tipo de atendimento pode basear-se em vários modelos de terapia.

O Modelo dos 12 Passos, também conhecido com o modelo de Minnesota ou dos Alcoólicos Anônimos, vê a dependência química como uma doença que tem a abstinência como meta. Trata-se de um modelo grupal que visa ao alcance dos 12 passos como evolução do tratamento e busca uma reorganização global na vida do sujeito (Muck e cols., 2001; Winters, 2000).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) embasa-se na teoria do aprendizado social em que os sujeitos adquirem novos comportamentos e sistemas de crenças como resultado de experiências vivenciadas. Os pensamentos e crenças, muitas vezes distorcidos ou supervalorizados, mantêm o comportamento aditivo, fazendo com que o ciclo do uso se perpetue. O enfoque da TCC prioriza o manejo e a compreensão do uso de drogas a partir do aprendizado e das crenças do paciente, que precipitam e mantêm o uso (Diamond e cols., 2002; Stephens, Roffman e Curtin, 2000).

A Entrevista Motivacional (EM), também conhecida como Intervenção Motivacional (IM) ou *Motivational Enhancement Therapy* (MET), foi desenvolvida por Miller e Rollnick e tem como objetivo principal auxiliar o indivíduo nos processos de mudanças comportamentais, eliciando a resolução da ambivalência para mudanças de comportamento (Miller e Rollnick, 2003). É uma técnica relativamente simples e com custo baixo, transparente, baseada em princípios cognitivos como entendimento dos problemas e reações emocionais frente a eles, estabelecimento de alternativas para modificação em padrões de pensamentos e implementação de soluções (Bundy, 2004).

O primeiro princípio da EM no processo de mudanças a ser trabalhado é a ambivalência, que, segundo Davidson (1997), é a essência do problema nos comportamentos dependentes. A ambivalência não é considerada um traço de personalidade, mas uma interação dinâmica entre o paciente e a situação aguda imediata com dimensões interpessoais e intrapessoais.

O segundo princípio é o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (1999), que descreve a prontidão para mudança como estágios motivacionais nos quais o indivíduo transita. Estes estágios são flexíveis e a mudança comportamental é um processo em que as pessoas têm diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar (Oliveira, Jaeger e Schreiner, 2003).

Os estágios motivacionais são pré-contemplação, contemplação, determinação ou preparação, ação, manutenção e recaída. Na pré-contemplação não há a consciência de que existe algum problema e, se houver, a responsabilidade é de outras pessoas, nunca de si mesmo. Na contemplação, já se está pensando em modificar alguma coisa, mas ainda não se fez nada para tal; na determinação ou preparação, já está concretizada a intenção de modificação e mudança, mas ainda é necessário um planejamento de ação; na ação, o sujeito está decidido a mudar e já está fazendo alguma coisa para sua mudança de comportamento; na manutenção, deve-se manter os resultados obtidos nas etapas anteriores. A recaída, ou volta ao padrão de consumo anterior, faz parte do processo de mudança e muitas vezes é o modo como a pessoa aprende e recomeça o tratamento de forma mais consciente (Prochaska e DiClemente, 1999).

Miller e Rollnick (2001) descreveram cinco princípios que norteiam a técnica da entrevista motivacional e explicitam a postura terapêutica adotada neste modelo. São eles: expressar empatia, desenvolver a discrepância entre as metas desejadas e os comportamentos a serem modificados, evitar a confrontação para não aumentar a resistência ao tratamento, aceitar a resistência no sentido de trabalhar com ela, facilitando a resolução da ambivalência, e estimular a auto-eficácia para que o sujeito saiba que tem condições e estratégias para lidar com situações difíceis e obter êxito.

Autores como Bundy (2004) e Miller e Rollnick (2001) enumeraram seis elementos chaves que devem ser trabalhados durante o processo de mudança sintetizada pelo acrônimo inglês *FRAMES*: *Feedback* (devolução); *Responsibility* (responsabilidade); *Advice* (aconselhamento); *Menu* (alternativas); *Empathy* (empatia); *Self-efficacy* (auto-eficácia).

A técnica é breve e tem sido desenvolvida em sessão única (Emmons e Rollnick, 2001; McCambridge e Strang, 2004; Monti, 1999), ou em de quatro a cinco sessões (Projeto Match Research Group, 1997; Oliveira, 2001), sendo inspirada por várias outras terapias como a sistêmica, a centrada na pessoa e, principalmente, a cognitivo-comportamental. Combina elementos diretivos e não diretivos e possui estratégias que são mais persuasivas do que coercitivas, mais compreensivas que argumentativas (Oliveira e cols., 2003).

A EM pode ser utilizada combinada com outros modelos, como no primeiro estudo multicêntrico chamado *Cannabis Youth Treatment* (CYT), para atender e avaliar a efetividade de tratamentos na população de adolescentes infratores usuários de drogas (Diamond e cols., 2002). Trata-se de cinco modelos de intervenções que estão sendo testados e que combinam sessões de EM com outros modelos terapêuticos, como terapia cognitivo-comportamental, familiar e reforço de habilidades sociais.

A entrevista motivacional tem se mostrado como um modelo de intervenção muito promissor na adolescência por inúmeros fatores. O primeiro deles é o fato de que, geralmente, os adolescentes não analisaram o seu hábito de usar drogas e, na maioria das vezes, não fecham critérios diagnósticos para dependência, o que dificulta outros tipos de tratamento para dependência química (Borsari e Carey, 2000).

Lincourt, Kuettel e Bombardier (2002) afirmam que pacientes que chegam aos locais de tratamento sem motivação própria são um desafio para os terapeutas. Este é o caso dos adolescentes que vêm encaminhados pela escola ou pela família. Outro agravante é o caso dos pacientes que vêm encaminhados pela justiça, pois

cometeram algum delito relacionado ao uso de drogas e, na maioria dos casos, a motivação para o início de tratamento é mínima. Nestas situações, o pré-tratamento é de importância fundamental, muitas vezes determinante no resultado final do tratamento. Nestes casos, a EM mostra-se muito útil, pois é uma das formas de aumentar a motivação para mudança em pacientes considerados com menor chance de sucesso terapêutico.

A maioria dos estudos que empregam a entrevista motivacional realizados nos últimos 10 anos na adolescência diz respeito a comportamentos dependentes e em formato individual.

De acordo com Diamond e cols. (2002), os cinco princípios da entrevista motivacional não precisam ser adaptados para o tratamento com adolescentes. No entanto, os terapeutas devem ter cuidados com os tipos de idade e com as preferências dos adolescentes. É importante conhecer seu universo e ter afinidade com eles para poder haver comunicação. Faz-se necessária uma comunicação mais concreta, pois há uma menor habilidade de abstração nessa faixa etária. A redução no consumo de drogas pode ocorrer quando o adolescente se dá conta de que há uma redução significativa na sua qualidade de vida devido ao uso.

Para Channon e cols. (2003), a atividade central da EM é proporcionar ao sujeito um ambiente de confiança onde ele possa se sentir acolhido para falar sobre seus problemas sem sofrer retaliações. Isto ocorre através da escuta reflexiva e da empatia demonstrada desde o primeiro contato. O terapeuta deve proporcionar, em um ambiente acolhedor, alternativas de solução de problemas e deixar a escolha para o paciente. Quando a escolha for feita pela dupla, terapeuta e paciente determinam juntos metas realistas e executáveis para o tratamento. A não-confrontação reduz a resistência e a argumentação.

Lawendowski (1998) também enfatiza o trabalho da dupla terapêutica, na qual define-se em conjunto quais as melhores metas de tratamento para que sejam avaliadas no momento de *follow-up*, realizado 6 semanas depois de intervenção única.

Segundo McCambridge e Strang (2004), a EM é uma técnica positiva com os adolescentes pela não-confrontação e não-imposição de resultados. Ajuda os adolescentes a perceberem que, se não diminuírem o consumo de drogas, poderá haver prejuízos e danos. Aborda-se com o paciente a história do uso de substâncias, padrão de consumo, áreas de risco relacionadas ao uso, eliciando os fatores positivos e negativos do uso. O objetivo principal da sessão é proporcionar ao paciente a chance de conversar sobre os problemas relacionados ao uso de substâncias e refletir sobre as opções de mudança.

Foram identificadas dificuldades na técnica com adolescentes em relação à diminuição do uso do álcool pelo pouco tempo de consumo e poucas consequências negativas do uso. Há dificuldade de identificar prejuízos a longo prazo, fazendo com que os terapeutas tenham uma permissividade maior em relação ao uso. Os terapeutas preferem reforçar comportamentos antagônicos ao uso como incentivo a atividades como a busca por um emprego e a manutenção de família. Utilizam exemplos de pessoas próximas que tiveram prejuízos com o uso de álcool para haver reforço vicário. No entanto, consideram de extrema importância monitorar comportamentos destrutivos que levariam a graves problemas, como dirigir alcoolizado, cometer delitos ou até mesmo cometer suicídio pelo uso (Tevyaw e Monti, 2004).

O objetivo inicial da entrevista motivacional com adolescentes é buscar a redução no consumo de drogas para depois visar à abstinência (Channon e cols. 2003); as premissas apontam para a importância de pensar sobre os benefícios da modificação do comportamento antes que este traga consequências negativas nas áreas sociais, emocionais e financeiras.

Uma das características mais importantes do tratamento para o adolescente é o foco no presente, no aqui-agora (Bessa, 2004). O futuro não é uma variável muito presente na vida do adolescente; portanto, estratégias de propor argumentos sobre os prejuízos futuros não têm tanto impacto nesta população. Os níveis de consumo nocivo de substâncias nesses pacientes tende a se estabilizar de seis a doze meses depois do tratamento.

Proporcionar aos terapeutas treinamento em perguntas abertas e escuta reflexiva facilita os resultados. Um ponto extremamente positivo da entrevista motivacional, como já referido, é que o terapeuta é visto como um parceiro e não como uma figura de autoridade, fato que geraria animosidade nesta fase. O terapeuta, através da empatia, coloca-se no lugar de aliado do adolescente, fazendo com que este se sinta entendido e à vontade mais rapidamente. Outro ponto a favor é a não-confrontação e a manutenção da liberdade de escolha do paciente. Isso faz com que os adolescentes sintam-se respeitados e com autonomia, muitas vezes tomando as decisões já considerando as consequências (Miller e Rollnick, 2001; Tevyaw e Monti, 2004).

Segundo Miller e Rollnick (2001), na técnica com adolescentes fazem-se necessários alguns cuidados como planejar o processo terapêutico em um número reduzido de sessões e, de forma alguma, o terapeuta poderá esquecer da importância do grupo de pares, muito valorizados na adolescência. Muitas vezes, são necessárias estratégias de reforço para modificação das relações interpessoais com vistas a diminuir a força do grupo de iguais (Miller e Rollnick, 2001).

Lawendowski (1998) inicia a primeira sessão com entrevista aberta, avaliando variáveis físicas, emocionais, cognitivas, interpessoais, ocupacionais e educacionais, além do padrão de consumo de drogas, para poder dar *feedback* personalizado. A ênfase que deve ser dada neste momento inicial é explorar todas as possibilidades de mudança no uso e as crenças associadas ao uso da substância, pensando em novas alternativas comportamentais para o não-uso. O *feedback* deve ser bem explicado, com exemplos práticos do cotidiano do adolescente e associado com os testes realizados. A responsabilidade de mudança é sempre do paciente, mas o terapeuta deve refletir as reações do paciente durante a devolução dos resultados da avaliação (Tevyaw e Monti, 2004).

Brown e cols. (2003), que realizaram mais de uma sessão com objetivos estruturados, apresentavam e discutiam com o paciente os resultados da avaliação na sessão de avaliação. Também realizaram uma discussão sobre os prós e contras do uso. Na sessão seguinte, na aplicação de outro instrumento, foram discutidos os efeitos do uso de nicotina e o plano de mudanças sobre o hábito de fumar. Finalmente, foi entregue ao paciente um manual sobre prevenção à recaída. Após a intervenção, os pacientes recebiam uma ligação por mês de seu terapeuta com o objetivo de acompanhá-los, através de *follow-up*, durante seis meses.

O mesmo modelo, no qual a intervenção foi estruturada com tópicos a serem abordados, foi utilizado por Cowley e cols. (2002). Trata-se de uma entrevista realizada para diminuir os riscos de gravidez precoce na adolescência, e os temas a serem abordados foram os impactos da gravidez na vida da adolescente, suas metas para a criança e para ela, o futuro do relacionamento com o pai da criança, como seus pais e pessoas importantes ficariam com a gravidez e, ao final da sessão, os prós e contras da decisão de não se prevenir contra a gravidez precoce indesejada.

Outro fator de extrema importância é envolver a família no tratamento, porque, na maioria das vezes, a família também está doente e deve, assim, proporcionar subsídios para o tratamento evoluir com maior velocidade. Não precisa, necessariamente, ser um tratamento familiar; em algumas situações, apenas grupos multifamiliares ou palestras e treinamentos de manejo mostram-se suficientes e úteis (Tevyaw e Monti, 2004).

Segundo Lambie (2004), é importante deixar o adolescente saber que você está disposto a ouvi-lo, estar acessível, usar questionamentos abertos, demonstrar empatia, estabelecer prazo para as tarefas, fornecer *feedback* positivo e dar responsabilidades. Algumas técnicas cognitivas também podem ser utilizadas, como a da balança decisacional (Cowley e cols., 2002), para diminuir a ambivalência e aumentar a auto-eficácia, e a técnica do automonitoramento, para identificar pensamentos desencadeantes de crenças associadas ao uso de substâncias.

## DISCUSSÃO

A entrevista motivacional é uma técnica que vem sendo utilizada em várias situações, demonstrando resultados positivos. Com adolescentes, o número de estudos ainda é reduzido, mas já se percebe sua aplicabilidade com sucesso.

Pode-se observar, através deste estudo, que algumas particularidades fazem o diferencial dessa técnica com essa população. A primeira delas é o diferencial de a EM se propor trabalhar a motivação do paciente, que é justamente o que falta nos adolescentes, pois estes dificilmente buscam atendimento de forma consensual ou por livre e espontânea vontade.

A adolescência é considerada uma etapa do ciclo vital onde há muita rebeldia e não-aceitação de imposições. A EM, consideradas tais idiosincrasias, busca atender aos seus pacientes com empatia e não-confrontação, dando liberdade de escolha ao paciente e fazendo com que o terapeuta seja visto como uma figura aliada, em um ambiente acolhedor.

A EM na adolescência exige, entretanto, inúmeros cuidados, principalmente em relação ao papel do terapeuta. Muitas vezes, o terapeuta, por esta postura mais empática, acaba perdendo os objetivos do atendimento, as metas e o foco no presente, deixando-se conduzir pelo paciente. Esse cuidado deve ser observado e pode ser evitado através de sessões estruturadas.

O número de sessões pode ser variável, passando de uma para cinco sessões. A postura terapêutica será sempre a mesma, conservando-se os princípios da EM e lançando-se mão de algumas técnicas cognitivo-comportamentais, como a balança decisacional, o automonitoramento e a resolução de problemas. A família e o grupo de afins também devem estar envolvidos no tratamento, pois são as referências que o adolescente terá neste período.

Devido às poucas consequências negativas do comportamento a ser modificado, a avaliação inicial e o *feedback* são muito importantes. Estes devem ser traduzidos para a linguagem do adolescente e, muitas vezes, quando não há nenhum prejuízo relatado pela avaliação, devem proporcionar ao adolescente um momento para pensar e refletir sobre seu hábito de uso e suas consequências futuras.

Finalmente, importa aduzir que a EM tem se mostrado uma técnica adequada e com características peculiares para aplicabilidade na adolescência: baixo custo financeiro e fácil acesso e treinamento dos terapeutas, demonstrando ótimo custo-benefício. Entretanto, faz-se necessário o desenvolvimento de maiores estudos clínicos, com emprego das metodologias adequadas, para demonstrar sua eficácia em diversos comportamentos, principalmente com populações de adolescentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A.; Knobel, M. (2000). *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artmed.
- Berg-Simth, S.; Stevens, V.; Brown, K.; Van Horn, L.; Gernhofer, N.; Peters, E.; Greenberg, R.; Snetselaar, L.; Ahrens, L. e Smith, K. (1999). A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Education Research*, 14, 399-410.
- Bessa, M. A. (2004). Quando o uso de drogas ocorre junto com outros transtornos psiquiátricos. Em Pinsky, I.; Bessa, M. A. (Eds.). *Adolescência e drogas* (pp. 124-150). São Paulo: Contexto.
- Borsari, B. e Carey, K. (2000). Effects of brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 217-228.
- Brown, R.; Ramsey, S.; Strong, D.; Myers, M.; Kahler, C.; Lejuez, C.; Pallonen, U.; Kazura, A.; Goldstein, M. E.; Abrams, D. (2003). Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tobacco Control*, 12, 4, iv3.
- Bundy, C. (2004). Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 44, 9, 43-47.
- Carlini, E. A.; Galduróz, J. C.; Noto, A. R.; Nappo, S. A. (2002). *1º Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo: UNIFESP.
- Channon, S.; Smith, V.; Gregory, J. (2003). A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. *Archives of disease in childhood*, 88, 680-683.
- Colby, S. M.; Monti, P.; Barnett, N.; Rohsenow, D.; Weissman, K.; Spirito, A.; Woolard, R.; Lewander, W. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 574-578.
- Cowley, C.; Farley, T.; Beamis, K. (2002). "Well, maybe I'll try the pill for just a few months". Brief motivational and narrative-based interventions to encourage contraceptive use among adolescents at high risk for early childbearing. *Families, Systems & Health*, 20 (2), 183.
- Davidson, R. (1997). Questões motivacionais no tratamento do comportamento aditivo. Em Edwards, G.; Gross, M.; Keller, M.; Moser, J. (Eds.). *Psicoterapia e tratamento das adições* (pp. 159-172). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Diamond, G.; Goodley, S.; Liddle, H.; Sampl, S.; Webb, C.; Tims, F.; Meyers, R. (2002). Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction*, 97, 1, 70-83.
- Dunn, C.; Derro, L.; Rivara, F. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.
- Emmons, K.; Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in health care settings. *American Journal of Preventive Medicine*, 20 (1), 68-74.

- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990.
- Highet, G. (2003). Cannabis and smoking research interviewing. Young people in self-selected friendship pairs. *Health and Education Research*, 18 (1), 108-118.
- Kaminer, Y.; Szobot, C. (2004). O tratamento de adolescentes com transtornos por uso de substâncias. Em Pinsky, I.; Bessa, M. A. (Eds.). *Adolescência e drogas* (pp. 164-178). São Paulo: Contexto.
- Lambie, G. (2004). Motivational Enhancement Therapy: a tool for professional school counselors working with adolescents. *Professional School Counseling*, 7, 268-276.
- Lawendowski, L. (1998). A motivational intervention for adolescent smokers. *Preventive medicine*, 27, A29-A46.
- O'Leary, T.; Brown, S.; Colby, S.; Cronce, J.; D'Amico, E.; Fader, J.; Geisner, I.; Larimer, M.; Maggs, J.; McCrady, B.; Palmer, R.; Schulenberg, J. e Monti, P. (2002). Treating adolescents together or individually? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 890-899.
- Lincourt, P.; Kuettel, T.; Bombardier, C. (2002). Motivational interviewing in group setting with mandated clients. *Addictive Behaviours*, 27 (3), 381-391.
- McCambridge, J. e Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99, 39-52.
- Mariano da Rocha, S. (2003). Adolescência, uso de drogas e ato infracional: estamos ligados?. Em *Adolescência, drogas e sistema de justiça: caderno de textos* (pp. 11- 21). Porto Alegre: Editora do Ministério Público.
- Marques, A. C. (2004). A importância da avaliação inicial. Em Pinsky, I.; Bessa, M. A. (Eds.). *Adolescência e drogas* (pp. 151-163). São Paulo: Contexto.
- Masterman, P.; Adrian, K. (2003). Reaching adolescents who drink harmfully: fitting intervention to developmental reality. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 347-355.
- Miller, W.; Rollnick, S. (2001). *A Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miller, W.; Yahne, C. e Tonigan, S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71 (4), 754-763.
- Monti, P.; Colby, S. M.; Barnett, N.; Spirito, A.; Rohsenow, D.; Myers, M.; Woolard, R.; Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67, 989-994.
- Muck, R.; Zempolich, K.; Titus, J.; Fishman, M.; Godley, M.; Schwebel, R. (2001). An overview of the effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. *Youth and Society*, 33, 143-168.

- Oliveira, M.; Jaeger, A.; Schreiner, S. (2003). Abordagens terapêuticas no tratamento das adições. Em Caminha, R.; Wainer, R.; Oliveira, M.; Piccoloto, N. (Orgs.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 193-210). Porto Alegre: Casa do Psicólogo.
- Ozechowski, T. L. e Liddle, H. A. (2000). Family-based Therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. *Clinical and Family Psychology Review*, 3, 269-298.
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. (1999). The transtheoretical approach. Em Miller, W.; Hester, N. (Orgs.). *Treating addictive behavior: processes of changes* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.
- Project Match Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity. Projeto MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Ramos, S. P.; Saibro, P. (2003). Avaliação psicológica e toxicológica em adolescentes usuários de substâncias psicoativas participantes do “Projeto de atenção especial ao adolescente infrator usuário de drogas”. Em Oliveira, M.; Thiesen, F.; Szupczynski, K.; Allegreti, A. P.; Andretta, I. *Adolescência, drogas e sistema de justiça: caderno de textos* (pp. 66- 80). Porto Alegre: Editora do Ministério Público.
- Tevyaw, T. e Monti, P. (2004). Motivational Enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction*, 2, 63-75.
- Sampl, S., Kadden, R. (2001). *CYT: Cannabis Youth Treatment*. Connecticut: DHHS Publication.
- Silva, V. A.; Mattos, H. F. (2004). Os jovens são mais vulneráveis as drogas?. Em Pinsky, I.; Bessa, M. A. (Eds.). *Adolescência e drogas* (pp. 31-44). São Paulo: Contexto.
- Stephens, R. S.; Roffman, R. A. e Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 898-908.
- Stephens, R.; Roffman, R.; Fearer, S.; Williams, C.; Picciano, J. (2004). The marijuana check-up: reaching user who are ambivalent about change. *Addiction*, 99, 1323-1332.
- Walters, S.; Bennet, M.; Miller, J. (2000). Reducing alcohol use in college students: a controlled trial of two brief interventions. *Journal of Drug Education*, 30, 361-372.
- Winters, K.; Stinchfield, R.; Opland, E.; Weller, C. e Latimer, W. (2000). The effectiveness of Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction*, 95, 601-612.
- Woodruff, S.; Edwards, C.; Conway, T.; Elliott, S. (2001). A pilot test of an internet intervention virtual word chat room in rural teen smokers. *Journal of Adolescent Health*, 29, 239-243.

Recebido em 10 de maio de 2005

Aceito para publicação em 6 de outubro de 2005