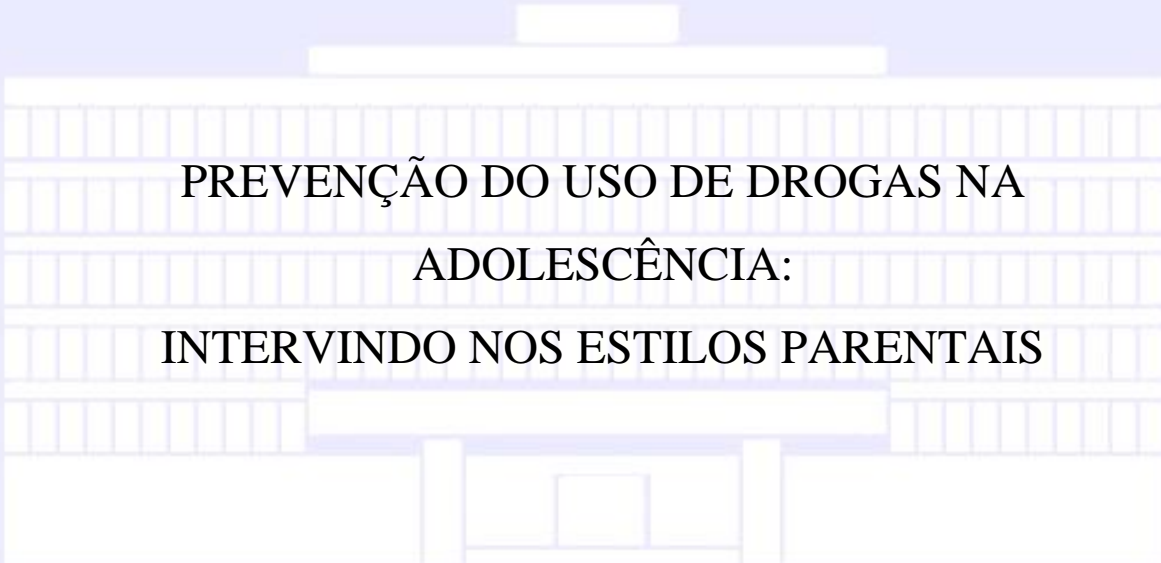


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE- UFCSPA
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Juliana Yurgel Valente



**PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS NA
ADOLESCÊNCIA:
INTERVINDO NOS ESTILOS PARENTAIS**

UFCSPA

Orientadora: Dra Helena M.T. Barros

Co-orientadora: Dra Maristela Ferigolo

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

Porto Alegre

2016

JULIANA YURGEL VALENTE

**PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA:
INTERVINDO NOS ESTILOS PARENTAIS**

Dissertação apresentada para obtenção de grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Orientadora: Dra Helena M.T. Barros

Co-orientadora: Dra Maristela Ferigolo

Porto Alegre

2016

Catlogação na Publicação

YURGEL VALENTE, JULIANA
PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS: INTERVINDO NOS ESTILOS
PARENTAIS / JULIANA YURGEL VALENTE. -- 2016.
127 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2016.

Orientador(a): HELENA M.T. BARROS ; coorientador(a):
MARISTELA FERIGOLO.

1. Adolescencia. 2. Estilos Parentais. 3. Prevenção.
4. Uso de Drogas Psicoativas. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dr^a Helena M.T. Barros e a minha co-orientadora Dr^a Maristela Ferigolo pela oportunidade e confiança demonstrada durante o período de construção deste trabalho.

Aos meus colegas do Ligue 132 pelo companherismo e apoio fornecidos ao longo destes anos de estudo e aprendizagem. Em especial a Dr^a Tais Moreira, pela parceria nas horas mais difíceis e pela incansável disponibilidade em compartilhar o seu conhecimento.

Aos membros da Banca, Prof^oDr^aZila van der Meer Sanchez, Dr^aNelianaBuzyFiglie e Dr Ricardo Halpern, que prontamente aceitaram o convite e disponibilizaram o seu tempo e atenção.

À Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pela oportunidade de realizar o curso de mestrado. E à Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), pela concessão da bolsa de estudos durante o curso de mestrado. À Secretaria Nacional de Alcool e outras Drogas (SENAD) pelo suporte na coleta dos dados junto ao Serviço Nacional de Informações e Orientações sobre o Uso de Drogas (Ligue132).

Aos meus pais -Antonio Valente e Vania Yurgel-, a minha avó -Vera Yurgel- e ao meu marido-Rafael Jardim-, pelo suporte e carinho imprescindíveis para conclusão desta jornada.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS E TABELAS.....	7
LISTA DE ABREVIATURAS.....	8
RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Adolescência.....	11
1.1.2 Adolescência e o uso de drogas.....	12
1.1.3 Prejuízos do uso de drogas na adolescência	13
1.2 Fatores de risco e fatores de proteção para o uso de drogas.....	17
1.3 Estilos parentais.....	20
1.3.1 Estilos Parentais e o uso de drogas.....	26
1.4.Prevenção do uso/abuso de drogas	31
1.4.1 Estratégias de prevenção do uso/abuso de drogas na adolescência.....	31
1.4.2 Programas de prevenção do uso de drogas para pais de adolescentes.....	33
1.5 Entrevista Motivacional.....	36
2 JUSTIFICATIVA.....	40
3 OBJETIVOS.....	42
4 REFERENCIAS.....	43
5 ARTIGO1.....	52
6 ARTIGO 2.....	81
7ANEXOS.....	98
7.1 Métodos.....	98
7.2. Proteção dos Direitos Humanos.....	98
7.3 Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	99
7.4 Fluxograma da 1ª Ligação do Programa de Prevenção.....	100
7.5 Fluxograma das Ligações de Seguimento do Programa de Prevenção, Grupo Experimental.....	101
7.6 Fluxograma das Ligações de Seguimento do Programa de Prevenção, Grupo Controle.....	105
7.7Protocolo Geral de Atendimento.....	108
7.8 Inventário dos Estilos Parentais.....	111
7.9 Escala para avaliar a prontidão para mudança (LADDER).....	112

7.10 Parecer de Aprovação do CEP.....	113
7.11 Modelo de carta enviada para familiar	115
7.12 Normas Editoriais para publicação do artigo 1.....	116
7.13 Normas Editoriais para publicação do artigo 2.....	121

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

INTRODUÇÃO

Tabela 1: Fatores de risco e fatores e proteção para o uso de drogas

Figura 1: Estilos parentais e a relação com o envolvimento com drogas

Tabela 2: Estratégias de intervenções para pais na prevenção do uso de drogas

ARTIGO: Randomized clinical trial to decrease risk factors and increase parental protective factors for drug use in adolescence: a pilot study.

Figura 1. Flowchart of the progress presented by parents along the study.

Tabela 1: Objectives of Follow-Up

Tabela 2: Distribution of sociodemographic data in a comparison between BMI and Control groups.

Tabela 3: Comparison between BMI and Control groups

ARTIGO 2: Abordagem Motivacional para Prevenção do Uso de Drogas com Pais de Adolescentes: um Estudo de Caso

Tabela 1: Objetivos de Cada Seguimento

Tabela 2: Intervenção de acordo com o Estágio Motivacional

LISTA DE ABREVIATURAS

NIDA: National Institute on Drug Abuse

OMS: Organização Mundial da Saúde

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

UNODOC: United Nations Office on Drugs and Crime

DALYs: Disability Adjusted Life Years

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

LENAD: Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas

DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição

DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição

EM: Entrevista Motivacional

IBM: Intervenção Breve Motivacional

RCT: Randomized Clinical Trial

BMI: Brief Motivational Intervention

SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas

UFCSPA: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

BECCI: Behaviour Change Counselling Index

PSI: Parental Styles Inventory

LADDER:

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

RESUMO

O álcool e o uso de outras drogas são considerados um problema global, pois desencadeiam uma série de comprometimentos na saúde da população em geral. Com os jovens estes prejuízos podem ser ainda mais graves, uma vez que o cérebro juvenil ainda em processo de amadurecimento, não se encontra preparado para lidar com a interação com as substâncias psicoativas. Diante deste problema, programas de prevenção vêm sendo desenvolvidos para tentar auxiliar esses jovens para não se envolverem com o uso destas substâncias. Considerando os pais como tendo um papel imprescindível nesta etapa do desenvolvimento de seus filhos, programas de prevenção também deveriam ser desenvolvidos voltados para eles. O presente trabalho desenvolveu um programa de prevenção do uso de drogas em telessaúde para os pais de adolescentes. Este programa teve como objetivo aumentar o índice do estilo parental em pais de adolescentes que buscam prevenir o uso de drogas entre seus filhos. Atuando na diminuição das práticas parentais de risco e aumento das práticas parentais de proteção. O instrumento utilizado para tal intervenção foi a entrevista breve motivacional, devido a sua fundamentada aplicabilidade em mudança de comportamento no geral, especialmente no tratamento de dependentes químicos, familiares codependentes e em programas de prevenção para jovens. Para testar a eficácia desta programa de prevenção delineou-se um ensaio clínico randomizado, onde o grupo experimental recebeu a intervenção breve motivacional para modificação dos praticas parentais de risco e grupo controle recebeu psicoeducação. Os resultados mostraram que a IBM pode ser eficaz no aumento dos índices de estilo parental, aumentando fatores de proteção e diminuindo fatores de risco relacionados as práticas educativas parentais, quando comparados os dados da basal com o seguimento de 28 dias. Em comparação com intervenção controle (PE), a IBM mostrou ser mais eficaz apenas em reduzir os comportamentos negligentes dos pais de adolescentes. Desta forma, pode-se concluir que a IBM é uma intervenção com grande potencial para ser utilizada em programas de prevenção do uso de drogas para pais. Estudos com um maior número de participantes são importantes para investigar a possibilidade de generalização destes resultados.

Palavras chave: adolescentes, uso de drogas, prevenção, treinamento para pais.

ABSTRACT

Alcohol and other drug use are considered a global problem, they trigger a series of commitments in the health of the general population. With young these losses can be even more serious, since the young brain still in the maturing process is not prepared to handle the interaction with psychoactive substances. Faced with this problem, prevention programs have been developed to try auxiliary these young people not to get involved with the use of these substances. Considering parents as having an essential role in this stage of development of their children, prevention programs are developed facing them. This study developed a drug use prevention program in telehealth for parents of teenagers. This program aimed to increase the index of parenting style on teen parents seeking to prevent drug use among their children. Acting in reducing parental practices of risk and increased parental practices of protection. The instrument used for this intervention was brief motivational interview, due to its applicability based on the change in behavior in general, especially in the treatment of drug addicts, addicts family and prevention programs for youth. For that delineated a randomized clinical trial, where the experimental group will receive a brief motivational intervention to modify the parenting practices of risk and control group received psychoeducation. The results showed that IBM may be effective in increasing parenting style indices, increasing protective factors and reducing risk factors related to parenting practices, when compared to data from baseline to follow-up of 28 days. Compared with control intervention (PE), IBM was more effective only in reducing negligent parents of teenagers. Thus, we can conclude that IBM is an intervention with great potential to be used in prevention programs of drug use to parents. Studies involving a larger number of participants are important to investigate the ability to generalize these findings.

Key words: adolescents, drug use, prevention, training for parents.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Adolescência

Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado por mudanças no desenvolvimento físico, emocional, sexual e social. A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida o amadurecimento da sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em um grupo social (TANNER, 1962).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1975) refere que as transformações características da adolescência ocorrem no período que compreende dos 10 aos 20 anos de idade. No Brasil, considera-se adolescente aquela pessoa entre 12 e 18 anos de idade, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990). Por se tratar de uma faixa de anos muito longa, para melhor compreensão dos fenômenos que nela ocorrem, alguns autores dividiram a sua cronologia em dois subperíodos: um iniciando aos 11 anos, chamado de adolescência inicial, e o outro período que começa aos 16 anos, chamada adolescência final (BEE, 1997). Em casos extremos, o período da adolescência ainda pode ser postergado para além da faixa etária cronológica consensuada na literatura, caso o indivíduo não tenha adotado completamente o papel adulto e as responsabilidades de uma fase mais madura (BEE, 1997 e PAPALIA E OLDS, 2000).

Apesar da busca em delimitar um conjunto de anos que estime o início e o final deste processo, o período que compreende esta fase é bastante impreciso do ponto de vista qualitativo, pois se trata de um conjunto de mudanças físicas, mentais e emocionais. A adolescência corresponde ao período de transição entre a infância e a adoção definitiva de um papel adulto (PAPALIA E OLDS, 2000)

A adolescência é mais do que uma mera etapa de transição, é uma etapa de evolução única do ser humano, onde o processo de maturação biopsicosocial tem seu auge. Neste

contexto, se destacam as seguintes aquisições: um modo de vida mais autônomo e independente (PAPALIA E OLDS, 2000), maior integração social, além da consolidação da identidade sexual (SILVA & MATTOS, 2004). Pode ser considerada como uma etapa do desenvolvimento que envolve inúmeras adaptações e mudanças nas capacidades e habilidades pessoais (WAGNER & OLIVEIRA, 2007). Por se tratar de uma etapa de muitas mudanças na vida do sujeito faz parte desse processo a experimentação de uma série de novas situações e comportamentos. O jovem vivencia diversos contatos sociais e situações de lazer e começa a treinar vários papéis sociais (FIGLIE e DIEHL, 2014) para que, por fim, o sujeito possa constituir a sua própria identidade e estabelecer o seu papel social (BESSA, BORATI E SCIVOLETTO, 2011).

A partir disso, podemos considerar a adolescência uma fase de vivências muito intensas, caracterizadas por situações conflitantes e ansiogênicas, principalmente no que se refere as relações familiares. Em busca da identidade adulta o adolescente precisa se contrapor a identidade infantil, cujos pais são o modelo de referência (BLOSS, 1998).

Dentro deste cenário de intensos conflitos internos, confrontação com as figuras parentais e busca por novas experiências é que geralmente ocorrem os os primeiros contatos dos jovens com o uso de drogas psicoativas. A puberdade, assim como outros períodos de transição, tendem a deixar os sujeitos mais vulneráveis ao uso de drogas (NIDA, 2003).

1.1.2 Adolescência e o uso de drogas

O último levantamento apresentado pelo United Nations Office OnDrugsand Crime estimou que um total de 246 milhões de pessoas, entre as idades de 15 e 64 anos, usou alguma droga ilícita em 2013. A magnitude do problema mundial das drogas se torna mais evidente quando se considera que mais do que 1 em cada 10 usuários tem problemas relacionados ao

uso. Este fato desencadeia importantes reflexos para os sistemas de saúde pública em termos de prevenção, tratamento e cuidados com os distúrbios oriundos do uso de drogas e suas consequências para a saúde (UNODOC, 2015).

O consumo de álcool e outras drogas são causas conhecidas de morbidade, mortalidade e danos sociais ao redor do mundo, sendo um componente importante da carga global de doenças (WHO, 2014). O álcool e as drogas ilícitas estão classificados entre os principais fatores de risco acidentais em adolescentes de 10-24 anos, quando analisamos a classificação por DALYs (Disability Adjusted Life Years), a qual mede o número de dias de vida perdidos devido à morte precoce e a quantidade de dias improdutivos decorrentes da incapacitação pela doença em questão (GORE et al, 2011). Em comparação com os outros países mais populosos, o Brasil é classificado como tendo a segunda maior taxa de complicações decorrentes do consumo de álcool (REHM et al, 2001).

De acordo com o último levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CARLINI, 2010), sobre o consumo de drogas entre os estudantes brasileiros de 12 a 18 anos, 42,4% e 9,6% dos estudantes relataram terem feito uso de álcool e tabaco respectivamente. Em relação ao consumo de drogas ilícitas, 25,5% dos estudantes referiram terem experimentado pelo menos uma vez na vida. Segundo Madruga et al (2012) a idade inicial de uso de cigarros pelos adolescentes brasileiro é de 14,7 anos, seguida pelo uso de álcool cuja média de idade de início de uso foi de 15,8 anos.

O II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas (LARANJEIRA et al, 2014) acrescenta ainda que ocorreu um crescimento da população que experimentou álcool mais cedo. Entre os adultos em 2006, 13% tinham experimentado bebidas alcoólicas com menos de 15 anos, já em 2012, 22% declarou ter experimentado com menos de 15 anos. A constatação da maior precocidade na experimentação é aferível de maneira semelhante entre homens e mulheres. Para além da experimentação, também se observa crescimento na precocidade do

consumo regular de bebidas alcoólicas. Em 2006, 8% da população adulta - 10% dos homens e 6% das mulheres - declaram ter iniciado o consumo regular de bebidas até os 15 anos, já em 2012, essa proporção subiu para 14% na população adulta – passando para 16% entre os homens e 10% entre as mulheres.

1.1.3 Prejuízos do uso de drogas na adolescência

O cérebro adolescente ainda está em processo de desenvolvimento, tarefa que só é concluída aos 25 anos. A área cerebral responsável pela tomada de decisão e controle dos impulsos, chamada cortexpré-frontal, é a última a amadurecer por completo. O que explica as características impulsivas frequentes nesta faixa etária, a propensão a tomarem decisões menos assertivas e a tendência a se colocarem em situações de risco. Além de que, nos dá uma medida dos danos que os jovens ficam expostos ao utilizar qualquer substância psicoativa que tende a inibir ainda mais esta zona cerebral (BREYER E WINTERS, 2012).

Apesar do prevalente uso de drogas por adolescentes, a relação entre consumo de bebidas alcoólicas e adolescentes está associado com uma série de riscos, tais como: violência interpessoal, brigas familiares, problemas na escola, iniciação sexual e gravidez precoce, acidentes de trânsito, traumatismos, suicídio e envolvimento em situações criminais (FIGLIE e DIEHL, 2015). De acordo com pesquisa recente, outros comportamentos de risco bastante prevalentes entre os jovens brasileiros, de ambos os sexos, são: beber e dirigir (homens = 27,9%; mulheres = 20,4%), o uso de drogas ilícitas (homens = 15,8%; mulheres = 9,4%) e comportamento sexual de risco (masculino = 11,4%; mulheres = 6,8%) (SANCHEZ, RIBEIRO E WAGNER, 2015). Outra pesquisa ressalta que os adolescentes que bebem estão mais propensos a se envolver em luta física, sendo feridos e ferindo outros (SWAHN et al, 2004).

Alguns autores ainda chamam atenção para os riscos de um padrão de consumo bastante prevalente entre os jovens chamado de "bingedrinking" (WECHSLER & NELSON, 2001) ou "beber pesado episódico" (KUNTSCHE, REHM, GMEI, 2004). Este padrão normalmente é caracterizado pelo uso de pelo menos quatro doses de álcool em uma única ocasião para mulheres e cinco doses para homens, o que conduz a uma concentração de etanol no sangue de 0,08% ou superior (WINTER, 2004). No Brasil, um estudo relatou que 40% dos jovens (18-24 anos) beberam em binge, pelo menos uma vez no último ano (LARANJEIRA et al, 2010). Entre os estudantes adolescentes do ensino médio neste país, o quadro é ainda mais alarmante, 35% dos estudantes do ensino médio relataram terem bebido em binge no mês anterior à pesquisa realizada (SANCHEZ et al, 2011). Recente pesquisa desenvolvida no Brasil evidenciou que a prática de bingedrinking aumentou o comportamento de uso de drogas ilícitas, depois de sair da boate, por 2,54 vezes entre os homens que bebiam e aumentou o risco de um novo episódio de uso de álcool por 5,80 vezes entre as mulheres que bebiam (SANCHEZ, RIBEIRO E WAGNER, 2015).

O uso de drogas nesta faixa etária tende a ser muito prejudicial, pois pode ainda trazer consequências a longo prazo, uma vez que o sistema nervoso central ainda está em processo de amadurecimento (BREYER & WINTERS, 2015; BAVA & TAPERT, 2010). O uso de drogas na adolescência pode causar alterações permanentes conduzindo ao desenvolvimento de uma série de prejuízos cerebrais (WHITE & SWARTZWELDER, 2004), como déficits cognitivos (MEIER et al, 2012; ANDREWS et al, 2008), prejuízos no ajustamento social e profissional (FERGUSON & BODEN, 2008), aumento da vulnerabilidade para desenvolvimento de doenças psiquiátricas (JAMES, JAMES & THWAITES, 2013; WITTCHEM et al, 2007), além de uma maior predisposição para realizar uso abusivo ou mesmo desenvolver dependência química (LOPES et al, 2013; FERGUSON, LYNSKEY & HORWOOD, 1996; BEHRENDT et al, 2011 e 2009; BONOMO et al, 2004).

Considerando os riscos que o uso de drogas na adolescência pode trazer para a vida do sujeito, se faz importante destacar alguns padrões de avaliação das características do consumo que está sendo feito. O uso de drogas na adolescência pode ter um caráter experimental, sendo interrompido espontaneamente conforme os papéis na vida adulta se tornarem prevalentes, fenômeno chamado de “*maturing point*”. Este processo de experimentação, entretanto, não está livre de oferecer riscos a integridade física e psicológica deste adolescente. Além de que, este uso inicial pode progredir para um uso abusivo ou dependente, dependendo de predisposições biológicas e ambientais (BESSA, BORATI E SCIVOLETTO, 2011). Em caso de jovens com alguma vulnerabilidade prévia, como, por exemplo, algum déficit na área das habilidades sociais, existe uma predisposição maior ao uso de drogas como tentativa de fugir destas dificuldades, as quais ocasionam ainda mais perturbações em seu desempenho social (SCHEIER et al, 1999).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV-TR (2003), propõe que pensemos em termos de uso, abuso e dependência. O uso abusivo de alguma substância corresponderia a um padrão mal adaptado de uso, onde já existiriam prejuízos decorrentes. Por outro lado, a dependência de uma substância pressupõe a existência de marcadores biológicos como o desenvolvimento de tolerância, sintomas de abstinência e falta de controle sobre o uso e dificuldade de cessar o consumo. Entretanto, a nova atualização deste manual, o DSM-V (2014), entende a dependência química como um espectro que abarca desde o uso abusivo até o uso dependente. Logo, chama atenção para a necessidade de se ficar cada vez mais atento ao padrão de uso de drogas como um todo.

Ponderando as características de mutabilidade e instabilidade próprias da faixa etária adolescente, existe uma grande dificuldade na tarefa de se realizar uma classificação precisa do padrão de uso, bem como do diagnóstico de dependência química nesta faixa etária. Bessa, Borati e Scivoletto (2011) postulam que se deve ficar atento as mudanças de comportamento

do adolescente, que possam indicar consequências de um uso problemático de drogas, com vistas a minimizar os prejuízos e a possível evolução para padrões de consumo mais graves. Alguns desses sinais podem ser: falta às aulas, queda no rendimento escolar, mudanças radicais no vocabulário, nas amizades, nos hábitos alterações alimentares e de sono e no estilo de vida de um modo geral (vestimenta, interesses culturais, hábitos de lazer, gastos exagerados). Além disso, se deve ficar atento a alterações na conduta como excesso de irritabilidade, agressividade, mentiras e problemas disciplinares de uma forma geral.

A adolescência é terreno fértil para a experimentação do uso de drogas, pelas características próprias da faixa etária como busca por maior autonomia, confrontação com os modelos parentais e procura da própria identidade. Entretanto, este uso, habitualmente experimental, pode oferecer uma série de riscos a integridade atual do adolescente quanto prejuízos que podem ser sentidos em longo prazo. Logo, é preciso de pensar em formas de prevenir este contato precoce entre as substâncias psicoativas e os adolescentes.

1.2 Fatores de risco e fatores de proteção para o uso de drogas

Não existe uma única causa para explicar o uso de drogas na adolescência, nem mesmo o desenvolvimento de um quadro de dependência química, trata-se uma conjunção de fatores pessoais, sociais e ambientais. Logo, as diretrizes de um programa de prevenção devem ser estruturadas dentro do objetivo de reduzir fatores de risco e aumentar fatores de proteção (CAMPOS & FIGLIE, 2011). Fatores de risco são aquelas situações negativas que colocam os sujeitos em vulnerabilidades à experimentação e abuso de drogas. Por outro lado, fatores de proteção estão relacionados a redução do potencial de abuso e ao aumento da resistência à experimentação (DIEHL & FIGLIE, 2014).

Os fatores de risco podem ser somatórios, ou seja, quando maiores fatores de risco o sujeito estiver exposto maiores as chances de abusar de alguma substância psicoativa. Alguns fatores de risco podem ter mais potência do que os outros. Entretanto, a presença de vários fatores de proteção pode minimizar o impacto dos fatores de risco. Os fatores de risco e proteção funcionam como que uma balança em constante desequilíbrio, cujo objetivo dos programas de prevenção é mantê-la inclinada no sentido do predomínio dos fatores de proteção (DIEHL & FIGLIE, 2014).

Segundo estudo sobre os preditores de uso precoce de drogas, os adolescentes sem fatores de risco têm menos de 10% de chance de iniciar o uso da substância aos 12 anos, enquanto que as crianças com 2 ou mais fatores de risco tinham mais do que 50% de chance de iniciar o uso da substância (KAPLOW, CURRAN e DODGE, 2002). Por outro lado, Cheveland et al (2010) ressalta que adolescentes com altos níveis de fatores de risco individuais se beneficiam menos de um contexto familiar e comunitário positivo do que aqueles com níveis baixos de risco individual. O que sugere que os fatores de risco individuais podem prejudicar o efeito dos fatores de proteção ambientais, tais como da supervisão dos pais, disciplina e outros fatores familiares.

Existem vários fatores de risco e proteção para uso de substâncias descritos na literatura, sendo os principais agrupados nas seguintes categorias: fatores interpessoais ou individuais, fatores familiares e fatores sociais.

Dentre os fatores interpessoais podem ser destacados os comportamentos antissociais e a baixa autoestima como fatores de risco e, por outro lado, habilidades sociais, emocionais e boa autoestima como fatores de proteção (PEREIRA et al, 2012). Além disso, podemos considerar as predisposições individuais como fatores de risco, tais como aqueles indivíduos com personalidade que tendem a querer frequentemente buscar experimentar sensações

diferente (como dirigir em alta velocidade, realizar esportes radicais e arriscar-se em relações sexuais sem preservativos) (DIEHL & FIGLIE, 2014).

No domínio familiar os fatores de proteção mais conhecidos são ligação positiva (acolhimento e suporte emocional) entre os membros da família, bem o estabelecimento e o monitoramento de regras claras e consistentes (DIEHL & FIGLIE, 2014). Sobre este item falaremos com mais profundidade no capítulo estilos parentais e o uso de drogas.

No âmbito Social, as crianças que demonstram dificuldade de seguir regras e de se vincular com o grupo são consideradas em situação de risco, entretanto as que demonstram vinculação com as atividades da comunidade e se podem usufruir de um ambiente de cuidado adequado são consideradas mais protegidas do envolvimento com drogas (PEREIRA et al, 2010). Associar-se com colegas que fazem uso de álcool ou outras substâncias deixam os jovens mais vulneráveis para seguirem o mesmo caminho no futuro (MASON, MENNIS, SCHMIDT, 2011). A facilidade de acesso bem como aprovação do uso drogas no ambiente onde a criança vive também são considerados importantes fatores de risco (DIEHL e COUTINHO, 2012).

O *NationalInstituteofDrug Abuse* resumiu o que considera como os principais fatores de risco e proteção para envolvimento de adolescentes com droga. Os fatores de risco listados são: maternagem e paternagem ineficazes, ambiente doméstico caótico, prejuízo da mútua vinculação, comportamento inadequado em sala de aula, queda da performance escola, capacidade empobrecida de lidar com os problemas, amizade com colegas problemáticos, percepção de aprovação quanto ao uso de drogas na escola, pelos pais e pela comunidade. Por outro lado, os fatores de proteção são: fortes laços familiares, monitoramento parental, sucesso na performance escolar, participação em atividades sociais e ser convencional em relação as normas de uso de drogas (NIDA, 2003).

Não se pode perder de vista, o componente originário do próprio indivíduo, que independente dele estar exposto a fatores de risco ou proteção, interfere no desfecho do uso de drogas, chamado de resiliência. No lado oposto, existe a suscetibilidade maior de alguns indivíduos ao adoecimento, intitulada vulnerabilidade (CAMPOS & FIGLIE, 2011). Desta forma, podemos concluir que um fator de risco não determina um comportamento nem é sua causa. O risco sugere uma maior vulnerabilidade, maior chance de estar exposto a determinado dano (SANCHEZ, 2014).

Tabela1: Fatores de risco e fatores e proteção para o uso de drogas

	FATORES DE PROTEÇÃO	FATORES DE RISCO
ÂMBITO INDIVIDUAL	*Habilidades emocionais *Habilidades sociais *Boa auto-estima	*Comportamento antisocial *Baixa autoestima *Predisposição individual *Capacidade empobrecida de lidar com os problemas
ÂMBITO FAMILIAR	*Acolhimento *Suporte emocional *Estabelecimento de regras *monitoramento	*Ambiente Familiar Caótico *Falta de envolvimento afetivo
ÂMBITO SOCIAL	*Participação em atividades sociais *ambiente intolerante ao uso de drogas por jovens *Sucesso na performance escolar	*Facilidade de acesso *Aprovação do uso *baixa percepção de risco *Pares que usem *Baixo rendimento escolar

Fonte: Dados Adaptados de Diehl e Figlie, 2014 e NIDA 2003

1.3 Estilos parentais

Considerando a importância do ambiente familiar para a formação das crianças e adolescentes (SCHENKER & MINAYO, 2005), ao longo dos últimos anos, inúmeros estudos

têm procurado compreender o impacto que os pais exercem no desenvolvimento sociocognitivo dos filhos (BAUMRIND, 1966; MACCOBY & MARTIN, 1983; DARLING & STEINBERG, 1993; ALVARENGA & PICCININI, 2001).

Nesse sentido Baumrind (1966) foi a pioneira, uma vez que, através de um vasto conjunto de investigações realizadas com crianças e pais de diferentes etnias, desenvolveu um modelo tipológico que pudesse classificar os estilos de relação dos pais com seus filhos, levando em conta tanto os aspectos comportamentais, quanto os afetivos envolvidos na criação. Este modelo teórico foi um marco nos estudos que vinham sendo feitos sobre educação pais e filhos, servindo como base integrativa para uma nova conceitualização acerca do tema: os estilos parentais.

Os estilos parentais têm como objetivo caracterizar a natureza da interação estabelecida entre pais e filhos (REPPOLD et al, 2002). Em outras palavras, pode-se definir estilo parental como um padrão de comportamento, estabelecido dentro de um clima emocional, expresso por um conjunto das atitudes dos pais em relação aos seus filhos (DARLING & STEINBERG, 1993)

Baumrind(1966) propôs o reconhecimento de três estilos preponderantes: autoritário, autoritativo e permissivo. Os pais autoritários adotam um estilo educacional baseado no cumprimento de regras rígidas, restrição do diálogo e ênfase na disciplina através da afirmação do seu poder. Os pais autoritativos, assim como os pais autoritários, conferem grande relevância ao controle parental, entretanto se diferem uma vez que fazem isso através do diálogo, compartilhando com a criança o raciocínio por detrás da forma como eles agem. Denotam atitudes compreensivas, geradas através de apoio emocional e da bidirecionalidade na comunicação. O estilo parental permissivo caracteriza-se pela ausência de controle parental sobre os comportamentos do filho. Desta forma, não influenciam os filhos de forma ativa e responsável, evitando a utilização do poder e da conduta punitiva.

Na década de 1980, Maccoby e Martin (1983) a partir dos estudos de Baumrind (1966), desenvolveram outra classificação para distinguir os estilos encontrados nas famílias. Segundo esses autores, podemos categorizar os pais em um esquema quadruplo: autoritário-autocrático, indulgente-permissivo, autorizado-recíproco ou indiferente- não envolvido. Quando esses autores reorganizaram os protótipos de Baumrind (1966) o fizeram através de duas dimensões: exigência (*demandingness*) e responsividade (*responsiveness*). Desta forma, as características de cada estilo puderam ser sistematizadas através da combinação de duas dimensões: a exigência (controle) e a responsividade (afeto e apoio). De maneira geral, a dimensão de exigência parece estar associada à regulação do comportamento do adolescente, com conseqüente redução de comportamentos de risco ou desviantes, enquanto a dimensão de responsividade parece favorecer o desenvolvimento de autoconceito positivo, autoconfiança e bem-estar psicológico (LAMBORN et al, 1991).

Pais do tipo autoritário-autocrático denotam um padrão de elevada exigência e baixa responsividade, ou seja, as exigências deles estão em desequilíbrio com a aceitação das exigências dos filhos, dos quais se espera que inibam seus pedidos e demandas. Exigem obediência as regras e oferecem ambientes pouco calorosos, de reduzida comunicação e de habitual castigo físico. Estilos parentais indulgente-permissivo se caracterizam por padrões de baixa exigência e a alta responsividade. Apresentam poucas regras, evitam punição e são extremamente tolerantes com as atitudes dos filhos, evitando condutas de controle. O estilo parental autoritativo-recíproco se configura por elevada exigência e elevada responsividade, ou seja, há uma reciprocidade, os filhos devem responder às exigências dos pais, mas estes também aceitam a responsabilidade de responderem, o quanto possível, aos pontos de vista e razoáveis exigências dos filhos. Os pais criam regras quando necessárias e expectativas claras para as condutas dos filhos e estimulam a comunicação e a independência. Os progenitores com um estilo indiferente-não envolvido denotam baixa exigência e baixa responsividade.

Não se disponibilizam para as responsabilidades e tarefa da parentalidade. São também chamados de pais negligentes, tendem a orientar-se pela esquiva das inconveniências, o que os faz responder a pedidos imediatos da criança apenas de forma a findá-los (MACCOBY & MARTIN, 1983).

Em comparação com o modelo de Baumrind (1966), o diferencial do modelo proposto por Maccoby & Martin (1983) foi agregar aos estilos parentais o estilo negligente, também chamado estilo indiferente - não envolvido. A negligência considerada como maltrato ocorre quando os responsáveis por cobrir as necessidades básicas (necessidades físicas, sociais, psicológicas e intelectuais) não as levam a cabo. Além disto, ao realizar uma pesquisa com os adolescentes, estes descreveram seus pais como indulgentes ou como negligentes (LAMBORN et al 1991), o que demonstra a necessidade de se diferenciar esses estilos parentais.

Considerados estes dois modelos, uma série de estudos começaram a ser desenvolvidos relacionando os estilos parentais com alguns indicadores de desenvolvimento psicológico e comportamental na adolescência, tais como: auto-estima, depressão, ansiedade, desempenho escolar, competência interpessoal, comportamentos agressivos e ajustamento social, entre outros (ALVARENGA & PICCININI, 2001; PACHECO et al, 1999; COSTA, TEIXEIRA E GOMES, 2000; LAIBLE & CARLO, 2004; HUTZ & BARDAGI, 2006).

O estilo autoritativo se mostrou como aquele que produz melhores efeitos na formação dos filhos como: melhor desempenho escolar (STEINBERG, ELMEN and MOUNTS, 1989), alto índice de competência psicológica e baixo índice de disfunção comportamental e psicológica (LAMBORN et al, 1991). Adotar um estilo parental autoritativo é bastante adequado para uma educação saudável dos filhos. Para adotar este estilo é preciso que os pais se envolvam na educação, respondendo às necessidades que a criança tem de atenção, incentivo, auxílio, diálogo e diversão (responsividade), bem como supervisionar e monitorar

os comportamentos do filho, exigindo a obediência de regras e limites e o cumprimento de deveres (exigência). Ao mesmo tempo em que os pais precisam ser respeitados em seus papéis, também devem respeitar os direitos dos filhos. Portanto, de um lado há uma posição de controle e de outro uma posição de compreensão e bidirecionalidade, que oferece à criança maior autonomia e autoafirmação (WEBER, 2004).

Estilo parental, portanto, é definido como o conjunto de práticas ou atitudes parentais utilizadas pelos cuidadores, com o objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento de seus filhos. Já as práticas parentais são definidas como estratégias específicas utilizadas pelos pais em diferentes contextos (REPPOLD et al, 2002). Significa dizer que, o estilo parental é o resultado da confluência de forças das práticas educativas parentais. Em um estilo parental positivo as práticas positivas são prevalentes e, por outro lado, em um estilo parental negativo as práticas negativas se sobrepõem as positivas.

Com o intuito de poder observar e mensurar na prática estes estilos parentais, Gomide (2006) desenvolveu um instrumento que avalia as práticas parentais que compõe estes estilos. Este modelo é composto pela seleção de sete práticas educativas utilizadas pelos pais na interação com os filhos, cinco delas vinculadas ao desenvolvimento do comportamento antisocial: negligência, abuso físico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria negativa, e duas que promovem comportamento pró-sociais: monitoria positiva e comportamento moral (GOMIDE, 2006).

Dentre as práticas educativas positivas estão à monitoria positiva e o comportamento moral. A monitoria positiva é definida como o conjunto de práticas parentais que envolvem atenção e conhecimento dos pais acerca de onde seu filho se encontra e das atividades desenvolvidas por ele, bem como o fato de os filhos espontaneamente revelarem para os pais para onde vão (DISHION & MCMAHON, 1998; STATTIN & KERR, 2000). Para Gomide (2003) são componentes da monitoria positiva as demonstrações de afeto e carinho dos pais,

principalmente relacionados aos momentos de maior necessidade da criança. O comportamento moral refere-se a uma prática educativa pela qual os pais transmitem valores, como honestidade, generosidade e senso de justiça aos filhos, auxiliando-os na discriminação do certo e do errado por meio de modelos positivos, dentro de uma relação de afeto. Pesquisas apontam alguns fatores como sendo essenciais para o desenvolvimento do comportamento moral nas crianças, são eles: a existência do sentimento de culpa; o desenvolvimento da empatia; ações honestas; crenças parentais positivas sobre trabalho e ausência de práticas antissociais (GOMIDE, 2003).

As descrições de Gomide (2006) das práticas educativas positivas que se assemelham muito com características do estilo parental autoritativo, descritos por Baumrind (1966), e do estilo autorizado descrito por Maccoby & Martin (1983). Uma vez que essas práticas denotam pais que educam seus filhos com ações calorosas e compreensivas, que geralmente promovem a autonomia psicológica e são firmes no estabelecimento de diretrizes comportamentais.

Dentre as práticas educativas negativas estão a negligência, abuso físico e psicológico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria negativa. A negligência ocorre quando os pais não estão atentos às necessidades de seus filhos, ausentam-se das responsabilidades, omitem-se de auxiliar seus filhos, ou simplesmente quando interagem sem afeto. Segundo Dodge, Pettit e Batters (1994), a falta de calor e carinho na interação com a criança pode desencadear sentimento de insegurança, vulnerabilidade e eventual hostilidade e agressão em relacionamentos sociais. A punição inconsistente se dá quando os pais punem ou reforçam os comportamentos de seus filhos de acordo com o seu humor, de forma não contingente ao comportamento da criança. Assim, é o estado emocional dos pais que determina as ações educativas, e não as ações da criança. Como consequência, a criança aprende a discriminar o humor de seus pais e não aprende se seu ato foi adequado ou inadequado (GOMIDE, 2003). A

monitoria negativa (ou supervisão estressante) caracteriza-se pelo excesso de fiscalização dos pais sobre a vida dos filhos e pela grande quantidade de instruções repetitivas, as quais não são seguidas por eles. Essa prática educativa produz um clima familiar hostil, estressado e sem diálogo, já que os filhos tentam proteger sua privacidade evitando falar com os pais sobre suas particularidades. Na disciplina relaxada verifica-se o não cumprimento de regras estabelecidas pelos pais. Eles ameaçam os filhos e, quando se confrontam com comportamentos opositores e agressivos, omitem-se, não fazendo valer as regras que eles próprios determinaram. Considera-se abuso físico quando os pais machucam ou causam dor a seus filhos com a justificativa de que os estão educando (GOMIDE, 2003).

Portanto, pode-se dizer que o conceito de estilo parental foi evoluindo desde Baumrind (1966) passando por Maccoby & Martin (1983) até Gomide (2006), tentando ampliar a compreensão dos fenômenos que se passam na relação entre pais e filhos. A relevância de se seguir estudando os estilos parentais segue vigente, uma vez que além dos estilos parentais influenciarem em diversos aspectos no desenvolvimento posterior dos filhos, podem determinar o estilo parental que os filhos vão adotar futuramente, uma vez que já se sabe que os estilos parentais são transmitidos intergeracionalmente. Uma pesquisa recente encontrou correlação positiva entre o autoritarismo de avós e mães, ou seja, as filhas educadas por mães autoritárias tenderam a adotar este mesmo estilo parental com seus próprios filhos (OLIVEIRA et al, 2002).

1.3.1 Estilos Parentais e o uso de drogas

Considerando que os estilos parentais influenciam no desenvolvimento de uma série de comportamentos dos filhos, podemos compreender as atitudes dos pais como fatores de risco e/ou de proteção para o desenvolvimento de uma série psicopatologias tais como o uso

de abusivo de drogas durante a adolescência (CHEVELAND et al, 2008; RYZIN, FOSCO e DISHION, 2012). Estudos que buscaram investigar e melhor compreenderam a relação das atitudes parentais com o uso de drogas são desenvolvidas já há alguns anos (PAIVA & RONZANI, 2009; DARLING & STEINBERG, 1993; MACCOBY & MARTIN, 1983; BENCHAYA et al, 2011; ALVARENGA & PICCININI, 2001) e continuam inquietando os cientistas até os dias de atuais (ABAR, TURRISH e MARLLET, 2014; BERGE et al, 2016)

Em uma revisão sistemática acerca dos estilos parentais e do consumo de drogas na adolescência foi constatado que os adolescentes que recebem maior monitoramento parental são os que apresentam menores taxas de envolvimento com drogas. Práticas parentais como procurar localizar seus filhos, estar atento às suas atividades, saber quem são seus amigos, o que eles fazem no tempo livre e como eles gastam seu dinheiro são medidas ligadas a capacidade dos pais de conhecerem a vida dos filhos (PAIVA & RONZANI, 2009). O monitoramento parental está fortemente associado a redução do uso de drogas, independente do sexo do filho (FOSCO et al, 2012), principalmente na fase da adolescência inicial (RYZIN, FOSCO e DISHION 2012). Vale ressaltar que o monitoramento parental está associado com diminuição da iniciação do uso de cigarros, mesmo quando controlados alguns fatores de confusão como: tabagismo dos pais, escolaridade dos pais, estrutura familiar e características do uso de cigarro dos adolescentes no início do estudo. Características que proporcionam um dado mais fidedigno da importância do controle parental na prevenção do uso de drogas (CHASSIN et al, 2005).

A falha na supervisão dos pais aumenta as chances dos adolescentes se envolverem com o tabaco, droga considerada por muitos como porta de entrada para o uso das outras substâncias psicoativas (MAGALHÃES & FONTES, 2007). Quanto às atitudes dos pais, os estudos mostraram que quanto mais branda eram as atitudes dos pais, mais precocemente os adolescentes se envolviam com bebidas alcoólicas, demonstrando ser mais importante a

atitude dos pais frente ao uso de álcool do que o seu próprio hábito em relação à bebida (MCDERMOTT, 1984)

Koning et al (2012) destaca que o estabelecimento de regras de monitoramento específicas para o uso de álcool é mais eficaz quando coincide com uma boa qualidade na relação familiar e maior frequência na comunicação. Darling e Steinberg (1993), apontam para a importância de uma adequada comunicação entre pais e filhos, especialmente sobre as expectativas dos pais com relação ao uso de álcool, como fatores de proteção determinantes para o não-consumo entre os jovens. O estilo parental que promova um clima emocional propício a esta transmissão de valores pode minimizar o efeito do grupo de amigos usuários. De acordo com Harakeh et al (2005) incentivar os pais, mesmo que eles próprios fumem, para discutir questões relacionadas com o tabagismo com os seus filhos de uma forma construtiva e respeitosa é uma estratégia de intervenção que vale a pena ser explorada para evitar que os jovens comecem a fumar.

Outras duas práticas parentais que também apresentaram resultados significativos para diminuir o consumo de drogas foram o suporte e o envolvimento parental. A ausência de um clima emocional que sirva de suporte para a resolução dos problemas vivenciados pelos adolescentes pode colocá-los sob maior vulnerabilidade para o uso abusivo de drogas, especialmente porque aumenta a probabilidade de envolvimento com pares de usuários. Os resultados indicam ainda que o afeto e o interesse mostrados pelos pais, o tempo que passam com seus filhos, associado a firmeza de medidas disciplinares mantêm a relação com a abstenção do uso de drogas (PAIVA & RONZANI, 2009).

Por outro lado, as práticas coercitivas excessivas, características do estilo parental autoritário (BAUMRIND, 1966) e da prática parental de monitoria negativa (GOMIDE, 2006) estão mais associadas a pais de crianças com problemas de comportamento da linha da externalização, ou seja, problemas de ligados à manifestação da agressividade, impulsividade

e de comportamentos delinqüentes, tal como o uso de drogas (ALVARENGA & PICCININI, 2001). Em um estudo português realizado com adolescentes escolarizados, verificou-se uma correlação positiva entre o consumo de tabaco e pais autoritários. Sendo assim, quanto maior a percepção de autoritarismo dos pais maior é consumo de cigarros por parte dos adolescentes. A transgressão pode ser motivada por uma postura rígida de proibição por parte dos pais (MAGALHÃES & FONTES, 2007).

Assim, os estilos parentais autoritativos (alto suporte e alto controle) foram relacionados com o menor consumo de álcool e drogas entre os adolescentes, diferentemente dos resultados encontrados entre os pais negligente (baixo suporte e baixo controle) e, em menor medida, nos pais autoritários (baixo suporte e alto controle) (SHUCKSMITH, GLENDINNING & HENDRY, 1997). Benchaya et al (2011) verificaram associação significativa entre o uso de drogas por adolescentes e os estilos parentais percebidos por seus filhos no Brasil. O estilo parental mais encontrado na população brasileira de usuários de drogas foi o negligente, e o modelo parental autoritativo esteve mais associado aos jovens não usuários de drogas. Em outras palavras, os modelos educativos autoritário, indulgente ou negligente das mães aumenta a chance em três vezes de o adolescente fazer uso de drogas.



Figural: Estilos parentais e a relação com o envolvimento com drogas

Fonte: Dados adaptados de Gomide (2006); Baumrind (1967) e Maccoby& Martin (1983)

Os artigos analisados apontam que a influência da família no envolvimento do jovem com o uso de drogas foi significativa em diversos contextos e populações pesquisados. Os estilos parentais (BAUMRIND, 1966; MACCOBY & MARTIN, 1983), expressos através das práticas educativas parentais (GOMIDE, 2006), estão amplamente relacionados com uso de substâncias psicoativas por parte dos adolescentes. Portanto, ao se pensar em ações relacionadas ao consumo inicial e continuado de substâncias psicoativas por jovens, a família deve ser considerada. Reforçar vínculos familiares e contribuir para que os pais adotem posturas mais benéficas para com os filhos, a partir de práticas mais positivas de socialização, podem produzir resultados mais eficazes. A compreensão do papel das práticas parentais pode contribuir para que pais estejam mais conscientes do seu papel na consolidação de crenças, valores e atitudes contrárias a comportamentos prejudiciais à saúde e ao desenvolvimento mental de seus filhos (PAIVA & RONZANI, 2009).

1.4.Prevenção do uso/abuso de drogas

1.4.1 Estratégias de prevenção do uso/abuso de drogas na adolescência

Estratégias de prevenção da saúde são todas as medidas tomadas no sentido de oferecer para população a oportunidade de evitar o surgimento de problemas de saúde (CAMPOS & FIGLIE, 2011). Em outras palavras, a prevenção irá antecipar ações que fortaleçam o indivíduo para enfrentar eventuais obstáculos que possam provocar danos à sua saúde (PEREIRA et al, 2010). A ação de antecipação deve ser baseada nos conhecimentos acerca da história natural da doença, com o objetivo de reduzir a incidência e a prevalência ou eliminação dos fatores de risco e aumento dos fatores de proteção (SANCHEZ, 2014).

A subdivisão atualmente utilizada para classificar os subtipos de prevenção, de acordo com Dihel e Figlie(2014) é: universal, destinada a população em geral; seletiva, dirigida para

subgrupos específicos oriundos de populações de risco e indicada, estratégias desenvolvidas para indivíduos que mostram indicativos de risco. Esta nomenclatura surgiu em substituição ao conceito clássico de prevenção que é subdividida em três níveis: primária, promoção da saúde e proteção específica; secundária, diagnóstico e tratamento precoce, e terciária, reabilitação (LEAVELL E CLARK, 1976).

O uso de substâncias pelos jovens tem sido uma preocupação da sociedade ocidental há muitos anos, mas as opiniões são controversas em relação a qual abordagem de prevenção oferece o maior benefício. Inicialmente, os programas de prevenção eram realizados exclusivamente em escolas, e buscavam impedir o uso de drogas fornecendo informações sobre os seus efeitos nocivos (MIDFORD, 2010). Na década de 1980, uma nova geração de programas de prevenção começou a aparecer nas escolas, baseados na teoria da aprendizagem social (BANDURA, 1977). O pressuposto principal desta teoria é de que os jovens são sucessíveis a influências sociais para iniciarem o consumo de drogas. Estes programas foram teoricamente e metodologicamente mais rigorosos e, pela primeira vez, demonstram mudanças nos comportamentos relacionados ao uso de drogas (DILEMAN, 1994). Posteriormente, pensando na possibilidade de equipar os jovens para resistirem ao uso de drogas foram desenvolvidos programas de prevenção baseados em treinamento de habilidades de vida (BOTVIN e KANTOR, 2000). Estudos posteriores comprovaram que programas baseados em treinamento de habilidades para adolescentes parecem ser efetivos em prevenir uso de drogas nos estágios iniciais de consumo (FAGGIANO et al, 2008).

Considerando o caráter multifatorial do envolvimento dos jovens com o uso de drogas, programas de prevenção com o alvo nos pais também começaram a ser propostos. De acordo com revisão sistemática, os efeitos das intervenções de prevenção baseadas na família são pequenos, mas geralmente consistentes e persistentes também para médio e longo prazo (FOXCROFT & TSERTSVADZE, 2011). Os mais eficazes parecem ser aqueles que

compartilharam uma ênfase no envolvimento ativo dos pais e no desenvolvimento de habilidades de competência social, auto-regulação e parentalidade (PETRIE, BUNN e BYRNE, 2007).

De acordo com Sanchez (2014) a prevenção tende a ser mais eficaz quanto mais âmbitos da vida do indivíduo ela poderá contemplar em sua estrutura básica. Dentro da perspectiva da complexidade, existem programas de prevenção mais holísticos, ou seja, que tentam englobar além do nível individual e parental, também o contexto escolar e a comunidade em geral. Programas como o “*Project Northlands*” combinaram intervenções em sala de aula com os adolescentes e paralelamente engajaram os pais em atividades preventivas. Os resultados mostraram que um programa multi componente é efetivo em reduzir as taxas de uso de álcool na comunidade (PERRY, WILLIAMS E KOMRO, 2002). No Brasil, atualmente vem sendo adaptado e implementado como política pública o projeto “*Unplugged*” (KREFT et al, 2009), conhecido no Brasil como “Tamojunto”. Este programa se caracteriza como intersetorial, pois integra a escola, os pais e o serviço de saúde (MEDEIROS et al, 2016).

Podemos concluir que, historicamente os programas de prevenção eram concentrados exclusivamente no fornecimento de informações sobre os malefícios do consumo de drogas. Atualmente o modelo de prevenção mais aceito é o baseado na promoção de saúde, um modelo que trabalha na redução de fatores de risco e aumento de fatores de proteção. A promoção em saúde deve buscar promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidades, prevenir doenças, ser intersetorial e articular redes. No entanto, as duas lógicas podem ser compreendidas como complementares e válidas (SANCHEZ, 2014).

Economicamente se mostra muito eficiente investir na prevenção do uso de substâncias psicoativas, uma vez que os valores investidos retornam para a sociedade na forma de redução dos agravos a saúde e do custo social relacionado (menores custos ao

sistema de saúde, diminuição dos custos referentes a previdência social entre os outros, entre outros (CAMPOS & FIGLIE, 2011). Para cada 1 dólar investido em prevenção, 10 dólares são poupados em tratamento no futuro. Demonstrando que, considerando a relação custo benefício, investir em prevenção vale muito a pena (ROBERTSON, DAVID E RAO, 2003). O último relatório da ONUDC (2015) reitera este ponto ao postular que a prevenção é uma das chaves para o controle internacional do uso de drogas.

1.4.2 Programas de prevenção do uso de drogas para pais de adolescentes

A instituição familiar é considerada como um dos elos mais fortes dessa cadeia multifacetada que pode levar um adolescente a fazer um uso abusivo de drogas. Desta forma, pode atuar como importante fator de proteção. Isto se explica pelo fato de que os diferentes comportamentos sociais, entre eles o consumo de substâncias psicoativas, são aprendidos, predominantemente, a partir das interações estabelecidas entre o jovem e suas fontes primárias de socialização: a família, a escola e o grupo de amigos (SCHENKER & MINAYO, 2003). Intervenções focadas na família foram as mais eficazes para prevenir o uso de drogas por jovens, com um tamanho médio de efeito de duas a nove vezes o tamanho de intervenções focadas no indivíduo unicamente (KUMPFER, ALVARADO E WHITESIDEH, 2003). De acordo com revisão sistemática, os programas de prevenção que são direcionadas para a família são particularmente eficientes para reduzir o envolvimento dos adolescentes com o uso de drogas (FOXCROFT, 2003).

“*The Strengthening Families Program*”, para os pais e jovens de 10 a 14 anos, mostrou que o treinamento breve de habilidades familiares ajuda a aumentar as competências parentais, fortalecer as relações familiares e reduzir o uso de drogas pelos adolescentes (SPOTH, REDMOND, SCHIN, 2001). Dado corroborado por uma revisão sistemática que

evidenciou que programas curtos de treinamento para pais são uma efetiva forma de prevenir problemas de conduta, incluindo o uso de drogas (DRETZKE et al, 2009). Principalmente se os programas de prevenção com pais forem realizados quando os sujeitos são pré-adolescentes ou adolescentes iniciais (PETRIE, BUNN & BURNYE 2007).

Ao invés de focar exclusivamente em informações aos pais acerca das substâncias psicoativas, as intervenções preventivas consideradas mais eficientes atualmente estão relacionadas com envolvimento parental em atividades com os filhos, bem como no desenvolvimento de habilidades parentais (PETRIE, BUNN & BURNYE 2007).

O impacto positivo da participação de pais nos programas de prevenção se evidencia na melhora da autopercepção dos pais sobre os seus conhecimentos a respeito de substâncias psicoativas, acarretando maior confiança para dialogar com os filhos. Acarreta também uma melhora na comunicação e na capacidade de influencia positiva sobre seus filhos (CAMPOS & FIGLIE, 2011). Além de melhorar a comunicação entre pais e filhos de uma maneira geral e especificamente sobre o tema das drogas, alguns programas de prevenção evidenciam que os pais podem auxiliar no desenvolvimento de habilidades de recusa a experimentação de drogas (LITROWNIK et al, 2000). Na Suécia, um programa de prevenção para pais de adolescentes desenvolvido no sentido de estimulá-los a manter regras claras e rígidas quanto ao não consumo de bebidas alcoólicas e de incentivar a participação de pais e filhos em atividades de lazer, mostrou-se eficiente na redução de taxas de uso abusivo de álcool (KOUTAKIS, STATTIN & KERR, 2008). Desta forma, os programas de prevenção podem atuar na promoção de fatores de proteção ou mesmo diretamente na redução da experimentação de drogas (BAUMAN et al, 2001).

Jovens envolvidos em atividades de lazer organizadas, tais como esportes, hobbies, atividades religiosas, música, teatro, arte e política apresentam menos envolvimento com álcool e outras drogas (ECCLES & BARBER, 1999). Acredita-se que os pais podem

estimular a participação dos jovens em atividades organizadas, encorajando-os a frequentarem e prestando o suporte necessário para sua permanência (KOUTAKIS, STATTIN & KERR, 2008). Além disso, o foco deve estar no desenvolvimento de habilidades para envolver os adolescentes em atividades familiares, estimulando a manutenção de bons laços afetivos (PETRIE, BUNN & BURNYE 2007)

Os programas de prevenção podem utilizar os mais diversos recursos como forma de interação com pais. Estudos recentes demonstraram a eficácia de programas de prevenção para pais realizados pela internet ou através de programas de computador, na redução dos riscos associados ao uso de álcool em adolescentes (DONAVAN et al 2012; YAP et al, 2011; SCHINKE, FANG & COLE, 2011). Outro recurso efetivo utilizado nos programas de prevenção com pais são os contatos telefônicos e o envio de cartas (BAUMAN et al, 2001). A tabela abaixo mostra um resumo das possíveis formas de intervenção dos programas de prevenção com pais. É importante destacar que os programas podem utilizar uma única intervenção ou mesmo combinar vários tipos de intervenção num mesmo programa (WERCH et al, 2003).

Tabela 2: Estratégias de intervenções para pais na prevenção do uso de drogas

TIPO DE INTERVENÇÃO PARA PAIS	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	REFERÊNCIA
Envio de Material Psicoeducativo via Correio ou email	Material com informações sobre formas de prevenir o uso de drogas	Turrisi et al., 2001
Intervenção Via Telefone	Contatos telefones para motivar e discutir questões relacionadas a prevenção	Bauman et al, 2001
Sessões em Grupo de Treinamento de Habilidades	Treinamento de práticas de gestão familiar e desenvolvimento de habilidades parentais	Park et al, 2000 Spath, Randall, Redmond, Schin, 2005
Workshops	Palestras sobre drogas, resolução de conflitos.	Storr, 2002
Tarefas para realizar com os filhos	Associadas as aulas de prevenção do uso de drogas dadas na escola, os adolescentes levam para casa	Williams et al, 2001

	tarefas para serem trabalhados junto com os pais	
Intervenção Online	Acompanhamento online com pais, com tarefas e informações.	Donavan et al, 2012

Apesar do notório conhecimento acerca da influência que os pais têm sobre os seus filhos, alguns programas de prevenção para diminuição ou cessação do uso de drogas, com o foco exclusivo na família, não tem encontrado efeito significativo para prevenção do uso de drogas (BAUMAN et al, 2001). Outros programas mostram que os resultados só são encontrados quando pais e filhos são envolvidos simultaneamente nas atividades (KONING, 2013).

Em resumo, evidencia-se que os pais são considerados como poderosos instrumentos de prevenção para a saúde mental dos filhos e, mais especificamente, no envolvimento precoce com o uso de substâncias psicoativas. Programas que intervenham de forma breve e mais precoce tem se mostrado efetivos, assim como intervenções que visem trabalhar na melhoria das habilidades sociais dos pais ao invés de apenas levar informação. Por outro lado, não existe ainda um programa único de aplicabilidade universal com efetividade comprovada. Portanto, os estudos sobre a efetividade destes programas de prevenção são ainda muito escassos e merecem ser melhor explorados (PETRIE, BUNN & BURNYE, 2007).

Dentro da perspectiva de não existir uma única evidência acerca de efetividade de um programa de prevenção específico, novas abordagens seguem sendo testadas. Alguns estudos apontam para o caminho do treinamento de habilidade com os pais, para que eles desenvolvam habilidades protetivas de cuidados com os filhos (PETRIE, BUNN & BURNYE 2007). Desta forma, podemos pensar que a entrevista motivacional (MILLER & ROLLNICK, 2001) possa ser um importante recurso a ser explorado neste processo de mudança de comportamento dos pais, por se tratar de um instrumento de excelência nesta área.

1.5 Entrevista Motivacional

A entrevista motivacional foi desenvolvida por Miller e Rollnick na década de 90 e consiste em uma abordagem de aconselhamento utilizada para mudança de comportamento de acordo com os interesses que o cliente tem na melhoria da sua saúde. A Entrevista Motivacional surgiu a partir de experiências clínicas com pessoas que apresentavam problemas com álcool. Posteriormente, esse método foi mais detalhado com a finalidade de ajudar os clientes na decisão da mudança de comportamentos considerados dependentes, tais como tabagismo, alcoolismo, abuso de drogas ilícitas, jogo patológico, transtornos alimentares e outros comportamentos compulsivos (SALES & FIGLE, 2011).

Entre os seus princípios básicos da entrevista motivacional está a empatia do terapeuta, definida como uma escuta técnica reflexiva cujo objetivo é clarificar e ampliar a experiência pessoal do cliente, sem a imposição da opinião pessoal do profissional, aceitando a postura do cliente sem emitir julgamentos ou críticas. Dessa forma, a relação profissional-cliente baseia-se em uma troca, visando a autonomia e a liberdade de escolha do cliente (MILLER & ROLLNICK, 2001).

A EM é inovadora, uma vez que propõe uma nova abordagem para lidar com a falta de motivação, inerente aos processos de mudança de comportamento. Ao em vez de impregar intervenções confrontativas, a entrevista motivacional se propõe, por outro lado, a agir de forma a fluir junto com a resistência. (MILLER & ROLLNICK, 2001). Neste contexto, outro conceito importante de se ter claro é o de ambivalência. Ela não está presente somente nos indivíduos que estão pouco motivados para mudar, uma vez que inerente a todos que se propõem a realizar qualquer mudança. A ambivalência é a experiência de um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes. Os clientes que desejam realizar alguma mudança de comportamento, geralmente o fazem com conflitos, com aquilo que chamamos de motivação flutuante, isto é, eles querem fazer algo a respeito do seu

comportamento, mas ao mesmo tempo também não querem. Ambivalência quanto à mudança de comportamento é difícil de resolver porque cada lado do conflito tem seus benefícios e seus custos (MILLER & ROLLNICK, 2001).

Com o intuito de auxiliar a compreender o processo de mudança de comportamento Prochaska e DiClemente (1983) desenvolveram um modelo complementar a EM, baseado no modelo de estágios de mudança. Tendo como base o conceito de motivação como um estado de prontidão ou vontade de mudar (como mencionado anteriormente, um estado interno mutável de acordo com fatores externos), esse modelo acredita que a mudança se faz através de um processo e para tal, a pessoa passa por diferentes estágios. O modelo teórico dos estágios de mudança tem início com a *Pré-Contemplanção*, no qual o indivíduo não considera a necessidade de ajuda e não demonstra consciência de que tem problemas, embora as pessoas do seu convívio possam estar cientes disso. Quando a pessoa passa a considerar seu comportamento como um problema com a possibilidade de mudanças, ela entra no estágio de *Contemplanção*. Seguindo para o estágio de *Preparação*, a pessoa começa a construir tentativas para mudar seu comportamento. Neste estágio, geralmente as pessoas são descritas como prontas para a ação. Quando estas tentativas são colocadas em prática, a pessoa encontra-se no estágio de *Ação*, ocorrendo a implementação de planos para modificar comportamentos, experiências e/ou o meio ambiente, a fim de superar os problemas (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1983).

A entrevista Motivacional, portanto, é uma abordagem especificamente desenvolvida para auxiliar em mudanças de comportamentos (MILLER & ROLLNICK, 2001) além do fato de já ser uma abordagem bem estabelecida para o tratamento de pessoas com problemas relacionadas ao uso de substância (SALES & FIGLIE, 2011; KUNZ, FRENCH & BAZARGAN-HEJAZI, 2004), inclusive em tratamentos por telemedicina (FERNANDES et al, 2010). Já existem trabalhos que inclusive legitimam o uso da entrevista motivacional para

mudanças de comportamento permissivos em familiares de dependentes químicos (BORTOLON et al, 2013). Além de estudos que mostram o seu uso para prevenção do uso de drogas na abordagem com os adolescentes. (MARLLET et al, 2010; WOOD et al, 2010). Entretanto, não foi encontrado nenhum trabalho que utilize a entrevista motivacional em programas de prevenção do uso de drogas com foco nos pais, como ferramenta para auxiliar na modificação de comportamentos parentais de risco e aumento das atitudes protetivas.

2 JUSTIFICATIVA

O consumo de drogas ao redor do mundo já é um conhecido problema a ser enfrentado, tanto do ponto de vista social como de saúde pública. Estima-se que 246 milhões de pessoas, entre as idades de 15 e 64 anos, utilizou alguma droga ilícita em 2013. A magnitude desta situação se torna mais evidente quando se considera que mais do que 1 em 10 usuários tem problemas relacionados ao uso (UNODOC, 2015), sendo um componente importante da carga global de doenças (WHO, 2014). Quando se trata de adolescentes, o álcool e as drogas ilícitas estão classificados entre os principais fatores de risco acidentais, ao analisamos a classificação por DALYs (Disability Adjusted Life Years) (GORE et al, 2011).

A idade na qual os indivíduos fazem sua primeira experimentação de alguma substância psicoativa vem sendo cada vez mais antecipada na sociedade contemporânea. O fenômeno que se observa na atualidade é de crianças ao redor dos seus 14 anos tendo o primeiro contato com alguma substância psicoativas (MADRUGA et al, 2012). A experimentação de qualquer substancia psicoativa só deveria ocorrer, de acordo, inclusive, com a lei vigente (ECA lei 8060 de 1990 art.81), após os 18 anos de idade, sendo os prejuízos desse encontro precoce sentidos não somente do ponto de vista jurídico, mas principalmente do ponto de vista do desenvolvimento neuropsicológico do indivíduo (TURNER, MUCK, STEPHENS e SUKUMAR, 2004; WHITE & SWARTZWELDER, 2004). O cérebro adolescente ainda não está maduro para lidar com a interação continuada com qualquer substância psicoativa, pois ainda está em meio ao seu processo de formação (BREYER E WINTERS, 2012; BAVA & TAPERT, 2010).

Neste contexto, o presente trabalho acredita ser de extrema relevância investir no desenvolvimento de programas de prevenção ao uso de drogas na adolescência. Sendo a escolha por uma intervenção focada na família baseada na eficácia de estudos prévios

(KUMPFER, ALVARADO E WHITESIDEH, 2003; FOXCROFT et al, 2003), bem como nos conhecimentos já fundamentados sobre os fatores de risco e/ou de proteção das atitudes educativas paternas para o uso de abusivo de drogas durante a adolescência (CHEVELAND et al, 2008; RYZIN, FOSCO e DISHION, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

-Investigar se uma intervenção breve motivacional por telefone está associada com o aumento do índice do estilo parental em pais de adolescentes que buscam prevenir o uso de drogas dos seus filhos.

3.2 Específicos

-Verificar se a intervenção breve motivacional por telefone está associada com o aumento das práticas parentais de proteção associadas ao uso de drogas.

-Verificar se a intervenção breve motivacional por telefone está associada com a diminuição das práticas parentais de risco associadas ao uso de drogas.

-Verificar a aplicabilidade do programa de telessaúde para prevenção do uso de drogas para pais de adolescentes.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- ABAR, C. C.; TURRISI, R. J.; MALLETT, K. A. Differential trajectories of alcohol-related behaviors across the first year of college by parenting profiles. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, v. 28, n. 1, p. 53–61, 2014.
- ALVARENGA,P.; PICCINICI, C.Práticas Educativas Maternas e Problemas deComportamento em Pré-Escolares *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3): pp. 449-460,2001.
- ANDREWS, J. A. et al. The effect of early cognitions on cigarette and alcohol use during adolescence.*Psychology of Addictive Behaviors*, v. 22, n. 1, p. 96–106, 2008.
- BANDURA, A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
- BAUMAN K., ENNETT S., FOSHEE V., PEMBERTON M., KING T., KOCH G.The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol use.*American journal of public health.American Journal of Public Health*, v. 91, n. 4, p. 604–610, 2001.
- BAUMRIND, D. EFFECTS OF AUTHORITATIVE PARENTAL CONTROL ON CHILD BEHAVIOR. *Child Development*, v. 37, n. 4, p. 887–907, 1966.
- BAVA, S.; TAPERT, S. F. Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems*Neuropsychology Review*, 2010.
- BEE, H. *O Ciclo Vital*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BEHRENDT, S. et al. The relevance of age at first alcohol and nicotine use for initiation of cannabis use and progression to cannabis use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 123, p. 48–56, 2011.
- BEHRENDT, S. et al. Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? *Drug and Alcohol Dependence*, v. 99, p. 68–78, 2009.
- BENCHAYA, M. C. et al. Non-authoritative parents and impact on drug use: the perception of adolescent children. *Jornal de pediatria*, v. 87, n. 3, p. 238–244, 2011.
- BERGE, J.; SUNDELL, K.; ÖJEHAGEN, A.; HÅKANSSON,A. Role of parenting styles in adolescent substance use: results from a Swedish longitudinal cohort study.*BMJ Open*, vol6(1), 2016
- BESSA, BORATI e SCIVOLETTO. Crianças e Adolescentes. In. *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- BLOS, P.*Adolescência: uma interpretação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- BONOMO, Y. A. et al. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: A cohort study over seven years. *Addiction*, v. 99, n. 12, p. 1520–1528, 2004.
- BORTOLON, C.; MACHADO, C.; FERIGOLO, M.; BARROS, H. Abordagem Motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone: um estudo de caso *Motivational Approach*

byphone for family member of drug user: A case study. *Contextos Clínicos*, v. 6, p. 157–163, 2013.

BOTVIN, G. J.; KANTOR, L. W. Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Alcohol Res Health*, v. 24, n. 4, p. 250–257, 2000.

BREYER, J.; WINTERS, K. ADOLESCENT BRAIN DEVELOPMENT : IMPLICATIONS FOR DRUG USE PREVENTION. Center for Substance Abuse Research Department of Psychiatry, University of Minnesota. Disponível em: <www.mentorfoundation.org>.

CAMPOS, G. e FIGLIE, N. Prevenção ao uso nocivo de substâncias focada no indivíduo e no ambiente. In: *Dependência Química: Prevenção Tratamento e Políticas Públicas*. 2011

CARLINI E, NOTO A, SANCHEZ Z, CARLINI C, LOCATELLI D, AMATO T. VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes públicas e privadas de ensino nas 27 capitais brasileira. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 2010.

CHASSIN, L. et al. Parenting Style and Smoking-Specific Parenting Practices as Predictors of Adolescent Smoking Onset. *Journal of Pediatric Psychology*, vol30, n.4, p. 333-344, 2005.

CLEVELAND M.; COLLINS L.; LANZA, S.; GREENBERG M. and FEINBERG, M. Does individual risk moderate the effect of contextual-level protective factors? A latent class analysis of substance use. *Journal of prevention & intervention in the community*, v. 38, n. 3, p. 213–28, 2010.

CLEVELAND, M. J.; FEINBERG, M.; BONTEMPO, D.; GREENBERG, M. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, v. 43, n. 2, p. 157–64, 2008.

COSTA, F. T.; TEIXEIRA, M. A. P.; GOMES, W. B. Responsividade e Exigência: Duas Escalas para Avaliar Estilos Parentais. *Psicologia, Reflexão e Crítica* 13(3), 465-473, 2000.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, v. 113, n. 3, p. 487–496, 1993.

DIEHL, A. e COUTINHO, GR. Álcool e Adolescência. *Revista Pátio Ensino Médio*; 4 (1): 34-6, 2012

DIEHL, A; FIGLIE, N. Prevenção Ao uso de Álcool e Outras Drogas: O que cada um de nós deve e pode fazer. Porto Alegre: Artmet, 2014

DILEMAN T. E. School-based research on the prevention of adolescent alcohol use and misuse: methodological issues and advances. *J Res Adolesc*; 4: 271–93, 1994

DISHION, T. J.; MCMAHON, R. J. Parental Monitoring and the Prevention of Child and Adolescent Problem Behavior: A Conceptual and Empirical Formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, v. 1, n. 1, 1998.

DODGE, K.A.; PETIT, G.S. e BATTES, J.E. Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Development*, 65, 649-65, 1994.

DONOVAN E.; WOOD M.; FRAYJO K.; BLACK RA.; SURETTE DA; A randomized, controlled trial to test the efficacy of an online, parent-based intervention for reducing the risks associated with college-student alcohol use. *Addictive Behaviors*, v. 37, n. 1, p. 25–35, 2012.

DRETZKE J.; DAVENPORT C.; FREW E.; BARLOW J.; STEWART-BROWN S.; BAYLISS S.; TAYLOR RS.; SANDERCOCK J.; HYDE C. The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, v. 3, n. 1, p. 7, 2009.

DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DSM-V-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2003

ECCLES, J. AND BARBER, B. Student Council, Volunteering, Basketball, or Marching Band: What Kind of Extracurricular Involvement Matters? *Journal of Adolescence Research*, v. 14, p. 10–43, 1999.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA) Lei 8060 de 1990 art.81. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf. Acessado em 1 de fevereiro de 2016.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA). Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acessado em 1 de fevereiro de 2016.

FAGGIANO, F. et al. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 2008.

FERGUSSON, D. M.; BODEN, J. M. Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, v. 103, n. 6, p. 969–976, 2008.

FERGUSSON, D. M.; LYNSKEY, M. T.; HORWOOD, L. J. The Short-Term Consequences of Early Onset Cannabis Use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v. 24, n. 4, 1996.

FERNANDES S.; FERIGOLO M.; BENCHAYA M.; MOREIRA T.; PIEROZAN P.; MAZONI C.; BARROS H.; Brief Motivational Intervention and telemedicine: A new perspective of treatment to marijuana users. *Addictive Behaviors*, v. 35, n. 8, p. 750–755, 2010.

FOSCO G.; STORMSHAK E.; DISHION T.; WINTER C. Family relationships and parental monitoring during middle school as predictors of early adolescent problem behavior. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, v. 41, n. 2, p. 202–13, 2012.

FOXCROFT D.; IRELAND D.; LISTER-SHARP DJ.; LOWE G.; BREEN R.. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: A systematic review *Addiction*, 2003.

FOXCROFT, D R, TSERTSVADZE, A. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *CochareDatabaseofsystematicReviews*, n. 9, 2011.

GOMIDE, P. I. C. Estilos parentais e comportamento anti-social. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.) *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 21-60). Campinas: Alínea, 2003.

GOMIDE, P. I. C. *Inventário de estilos parentais: Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes, 2006.

GORE, F. M. et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *The Lancet*, v. 377, n. 9783, p. 2093–2102, 2011.

HARAKEH Z.; SCHOLTE RH.; DE VRIES H.; ENGELS RC. Parental rules and communication: Their association with adolescent smoking. *Addiction*, v. 100, n. 6, p. 862–870, 2005.

HUTZ, C. S. Indecisão profissional, ansiedade e depressão na adolescência : a influência dos estilos parentais. *Psico-USF*, v. v. 11, n. 51, p. 65–73, 2006.

JAMES, A.; JAMES, C.; THWAITES, T. The brain effects of cannabis in healthy adolescents and in adolescents with schizophrenia: a systematic review. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, v. 214, p. 181–189, 2013.

KAPLOW, J.; CURRAN, P.; DODGE, K. Child, Parent, and Peer Predictors of Early-Onset Substance Use: A Multisite Longitudinal Study. *J Abnorm Child Psychol*. June ;30(3): 199–216, 2002

KONING I. M., VAN DEN EIJNDEN RJ.; VERDURMEN JE.; ENGELS RC.; VOLLEBERGH WA.. A cluster randomized trial on the effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents four years after baseline; no evidence of catching-up behavior. *Addictive Behaviors*, v. 38, p. 2032–2039, 2013.

KONING, I. M.; VAN DEN EIJNDEN RJ.; VERDURMEN JE.; ENGELS RC.; VOLLEBERGH WA. Developmental Alcohol-Specific Parenting Profiles in Adolescence and their Relationships with Adolescents' Alcohol Use. *Journal of Youth and Adolescence*, v. 41, n. 11, p. 1502–1511, 2012.

KOUTAKIS, N.; STATTIN, H.; KERR, M. Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: The Orebro prevention program. *Addiction*, v. 103, n. 10, p. 1629–1637, 2008.

KREEFT, P. VAN DER et al. “Unplugged”: A new European school programme against substance abuse. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 2009.

KUMPFER, K. L.; ALVARADO, R.; WHITESIDE, H. O. Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention. *SUBSTANCE USE & MISUSE*, v. 38, p. 11–13, 2003.

KUNTSCHKE, E.; REHM, J.; GMEL, G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine*, v. 59, p. 113–127, 2004.

KUNZ, F. M.; FRENCH, M. T.; BAZARGAN-HEJAZI, S. Cost-effectiveness analysis of a brief intervention delivered to problem drinkers presenting at an inner-city hospital emergency department. *Journal of studies on alcohol*, v. 65, n. 3, p. 363–70, 2004.

LAIBLE, D. e CARLO G. The Differential Relations of Maternal and Paternal Support and Control to Adolescent Social Competence, Self-Worth, and Sympathy. *Journal of Adolescent Research*, v. 19, n. 6, p. 759–782, 2004.

LAMBORN, S. D.; MOUNTS, N. S.; STEINBERG, L.; DORNBUSCH, S. M. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, v. 62, p. 1049-1065, 1991.

LARANJEIRA R, MADRUGA C, PINSKY I, CAETANO R, RIBEIRO M, MITSUHIRO S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. São Paulo: INPAD – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas; 2014.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I; SANCHES M; ZALESKI M; CAETANO, R. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 3, p. 231–241, 2010.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976

LITROWNIK, A. J. et al. Evaluation of a Tobacco and Alcohol Use Prevention Program for Hispanic Migrant Adolescents: Promoting the Protective Factor of Parent–Child Communication 1. *Preventive Medicine*, v. 31, p. 124–133, 2000.

LOPES, G. M. et al. Use of psychoactive substances by adolescents: Current panorama. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 35, n. SUPPL. 1, 2013.

MACCOBY, E. & MARTIN, J. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. Em E.M. Hetherington (Org.), *Handbook of child psychology*, v. 4. Socialization, personality, and social development (4^a ed., pp. 1-101). *New Monographs*, 4 (1, Pt.2), 1983.

MADRUGA, C. S. et al. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil — A national survey. *Addictive Behaviors*, v. 37, p. 1171–1175, 2012.

MAGALHÃES, I.; FONTE, C. Estudo Do Consumo De Drogas Na Adolescência E Os Estilos Educativos Parentais : Implicações Para Prevenção. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, n. 4, p. 320–330, 2007.

MALLET K. A.; RAY AE.; TURRISI R.; BELDEN C.; BACHRACH RL.; LARIMER ME.. Age of Drinking Onset as a Moderator of the Efficacy of Parent- Based, Brief Motivational, and Combined Intervention Approaches to Reduce Drinking and Consequences Among College Students. *Alcohol ClinExp Res*. v.34(7), 2010.

MASON, M. J.; MENNIS, J.; SCHMIDT, C. D. A social operational model of urban adolescents' tobacco and substance use: A mediational analysis. *Journal of Adolescence*, v. 34, p. 1055–1063, 2011.

MCDERMOTT D. The relationship of parental drug use and parent's attitude concerning adolescent drug use to adolescent drug use. *Adolescence*; 19: 89–97. 1984

MEDEIROS, P. F. P. et al. Process evaluation of the implementation of the Unplugged Program for drug use prevention in Brazilian schools. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, p. 1–11, 2016.

MEIER H.; CASPIA A.; AMBLERE A.; HARRINGTON H.; HOUTSB R.; KEEFED R.; MCDONALDF K.; WARDF A.; POULTONF R.; MOFFITT, T. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, v. 109, n. 40, p. E2657–E2664, 2012.

MIDFORD, R. Drug prevention programmes for young people: Where have we been and where should we be going? *Addiction*, 2010.

MILLER, W. R; ROLLNICK, S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

NIDA. Nacional Institute on Drug Abuse. Preventing Drug Use among children and adolescents. a research based guide for parents, educator and community leaders. 2nd ed. Bethesda, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. El embarazo y el aborto em la adolescencia. Genebra, 1975.

OLIVEIRA, E. A. DE et al. Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 1, p. 1–11, 2002.

PACHECO, J. T. B.; TEIXEIRA, M. A. P.; GOMES, W. B. Estilos Parentais e Desenvolvimento de Habilidades Sociais na Adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1999.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: Revisão sistemática. *Psicologia em Estudo*, 2009.

PAPALIA, D. e OLDS, S. W. *Desenvolvimento Humano*. Trad. Daniel Bueno. 7ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PARK, J. et al. Effects of the Preparing for the Drug Free Years' Curriculum on Growth in Alcohol Use and Risk for Alcohol Use in Early Adolescence. *Prevention Science*, v. 1, n. 3, 2000.

PEREIRA, CA., CAMPOS, GM., BORDIN, S. FIGLIE, NB. Prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. In. Figlie NB. Bordin S., Laranjeira R., organizadores. *Aconselhamento em dependência química*. 2.ed. São Paulo: Roca, 2012.

PERRY, C. L. et al. Project Northland: long-term outcomes of community action to reduce adolescent alcohol use. *HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory & Practice Pages*, v. 17, n. 1, p. 117–132, 2002.

PETRIE, J.; BUNN, F.; BYRNE, G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: A systematic review. *Health Education Research*, v. 22, n. 2, p. 177–191, 2007.

PROCHASKA, J. O.; DiCLEMENTE, C. C. Stages and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

REHM J.; MONTEIRO M.; ROOM, R.; GMEL, G.; JERNINGAN, D.; ULRICH, F.; GRAHAM, K. Steps Towards Constructing a Global Comparative Risk Analysis for Alcohol Consumption: Determining Indicators and Empirical Weights for Patterns of Drinking, deciding about theoretical minimum, and Dealing with Different Consequences. *European Addiction | Research Research*, v. 7, p. 138–147, 2001.

REPPOLD, C. T.; PACHECO, J.; BARDAGI, M.; HUTZ, C. S. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In C. S. HUTZ (Org.). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 9-51). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

ROBERTSON, EB.; DAVID, SL; RAO SA. Applying prevention principles to drug abuse prevention programs. In. ROBERTSON EB, DAVID SL, RAO SA. *Preventing drug abuse among children and adolescents; a research based guide for parents, educator and community leaders*. 2nd ed. Bethesda: National institute of drug abuse; Chapter 3, p 18-25. 2003.

RYZIN, M. J. VAN; FOSCO, G. M.; DISHION, T. J. Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors*, v. 37, p. 1314–1324, 2012.

SALES e FIGLE, Entrevista Motivacional. In. *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SANCHEZ Z.; MARTINS S.; OPALEYE E.; MOURA Y.; LOCATELLI D.; NOTO A. Social factors associated to binge drinking: a cross-sectional survey among Brazilian students in private high schools. *BMC Public Health*, v. 11, p. 201, 2011.

SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, K. J.; WAGNER, G. A. Binge drinking associations with patrons' risk behaviors and alcohol effects after leaving a nightclub: Sex differences in the “Balada com Ciência” portal survey study in Brazil. *PLoS ONE*, v. 10, n. 8, 2015.

SANCHEZ, Zila. Promoção de saúde e prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas. In. *Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas : capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*. –6. ed. – Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014.

SCHEIER, L. M.; BOTVIN, G. J.; DIAZ, T.; GRIFFIN, K. W. Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, v. 29, p. 251-278. 1999.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. DE S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 707–717, 2005.

SCHINKE, S. P., FANG, L., COLE, K., & COHEN-CUTLER, S. Preventing substance abuse among Black- and Hispanic-American adolescent girls: Results from a computer-delivered, mother-daughter intervention approach. *Substance Use & Misuse*, 46, 35-45, 2011.

SHUCKSMITH, J.; GLENDINNING, A.; HENDRY, L. Adolescent drinking behaviour and the role of family life: a Scottish perspective. *Journal of Adolescence*, v. 20, p. 85–101, 1997.

SILVA, V. M.; MATTOS, H. F. Os jovens são mais vulneráveis às drogas? In I. Pinsky, M. A. Bessa (Eds.). *Adolescência e drogas* (pp. 31-43). São Paulo: Contexto, 2004.

SPOTH R.; RANDALL G.; SHIN C.; REDMOND C. Randomized Study of Combined Universal Family and School Preventive Interventions: Patterns of Long-Term Effects on Initiation, Regular Use, and Weekly Drunkenness. *Psychology of Addictive Behaviors*, v. december, p. 372–381, 2005.

SPOTH RL, REDMOND C, SHIN C. Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *J. Consult. Clin. Psychol.* 69:627–42, 2001.

STATTIN, H.; KERR, M. Parental Monitoring: A Reinterpretation. *Child Development*, v. 71, n. 4, p. 1072–1085, 2000.

STEIBERG, L.; ELMEN, J.; MOUNTS, N. Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, v. 60, p.1424-1436, 1989.

STORR, C.; IALONGO N.; KELLAM S.; ANTHONY J. A RANDOMIZED CONTROLLED trial of two primary school intervention strategies to prevent early onset tobacco smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 66, p. 51–60, 2002.

SWAHN, M. H. et al. Alcohol-consumption behaviors and risk for physical fighting and injuries among adolescent drinkers. *Addictive Behaviors*, v. 29, n. 5, p. 959–963, 2004.

TANNER, JM. *Growth at Adolescence*. 2 ed. Oxford: Blackwell, 1962

TURISS R, JACCARD J.; TAKI R.; DUNNAM H.; GRIMES J. Examination of the Short-Term Efficacy of a Parent Intervention to Reduce College Student Drinking Tendencies. *Psychology of Addictive Behaviors*, v. 15, n. 4, p. 366–372, 2001.

UNODC, UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *World Drug Report*; New York; 2015.

WAGNER, M. F.; OLIVEIRA, M. S. Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicologia Clínica*, v. 19, n. 2, p. 101-116, 2007.

WEBER, L. N. D; PRADO, P.; VIEZZER, AP.; BRANDENBURG, O. Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 17, n. 3, p. 323–331, 2004.

WECHSLER H, NELSON TF. Binge drinking and the American college student: what's five drinks? *Psychol Addict Behav.* 15(4):287–91, 2001.

WERCH, C. E. et al. One-year follow-up results of the STARS for Families alcohol prevention program. *HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory & Practice Pages*, v. 18, n. 1, p. 74–87, 2003.

WHITE, A. & SWARTZWELDER, H. Hippocampal Function during Adolescence. New York Academy of Sciences, p. 206–220, 2004.

WHO. Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: World Health Organization; 2014.

WILLIAMS, C. L. WILLIAMS, CL.; GRECHANAIA, T.; ROMANOVA, O.; KOMRO, KA.; PERRY, CL.; FARBAKSH, K.. Russian-American Partners for Prevention: Adaptation of a school-based parent-child programme for alcohol use prevention. European Journal of Public Health, v. 11, n. 3, p. 314–321, 2001.

WINTER. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism Council Approves Definition of Binge Drinking. NIAAA Newsletter, 2004.

WITTCHEN, H.-U.; FRÖHLICH, C.; BEHRENDT, S.; GÜNTHER, A.; REHM, J.; ZIMMERMANN, P.; LIEB, R.; PERKONIGG, A. Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. Drug and Alcohol Dependence, v. 88, p. 60–70, 2007.

WOOD, M.; FAIRLIE, A.M.; FERNANDEZ, A.C.; BORSARI, B.; CAPONE, C.; LAFORGE, R.; CARMONA-BARROS, R. Brief Motivational and Parent Interventions For College Students: A Randomized Factorial. J Consult Clin Psychol, 78(3): 349–361, 2010.

YAP, M.; JORM, A.; BAZLEY, R.; KELLY, C.; RYAN, S.; LUBMAN, D. Web-based parenting program to prevent adolescent alcohol misuse: rationale and development. Child and Adolescent Psychiatry. vol 19, n4, 2011

5. ARTIGO 1:

Randomized clinical trial to decrease parental risk practices and increase parental protective practices for drug use in a telehealth prevention program: a pilot study.

Juliana Y. Valente, Tais de Campos Moreira, Maristela Ferigolo e Helena M.T. Barros

ABSTRACT

Drug use among adolescents happens in an early stage and it is highly prevalent worldwide. Furthermore, drug use during the adolescence is very harmful since several organs and mainly the central nervous system are still maturing in this period. This study presents a pilot of a randomized clinical trial that was performed with the aim to verify if a telehealth prevention program based in brief motivational intervention (BMI) helps in reducing parental risk practices and in increasing parental protective practices for drug use when compared to psychoeducation (PE). No statistically significant difference were observed in the BMI group on index of parental style compared to the control group. However, BMI showed to be more effective than PE in reducing negligent behavior of parents. Furthermore, when comparing the data from pre and post intervention, BMI helped in changing the parental style and the large majority of parental practices: positive monitoring, physical abuse, relaxed discipline, inconsistent punishment e negative monitoring. These results demonstrate that the intervention is effective in modifying parental practices which works in the prevention of drug use. Studies with larger numbers of subjects are needed so that the results can be substantiated and capable of generalization

Keywords: Prevention, Adolescent, Drug Use, Parent programs

Introduction

Alcohol and other drugs are well known causes of morbidity, mortality and social damage around the world, being considered an important component of the global burden of disease (WHO, 2014). Alcohol and illicit drugs are classified among the main accidental risk factors in adolescents aged 10-24 years old when one analyzes the classification by DALYs (Disability Adjusted Life Years), which measures the number of days life lost due to premature death and the unproductive days lives (GORE et al., 2011). Drug use among Brazilian adolescents happens in an early stage of life and it is highly prevalent. At least 42.4% of students from 12 to 18 years old reported having used alcohol and 25.5% reported the use of illicit drugs (CARLINI et al, 2010), being 14.7 years old the average initial age of first psychoactive substance experimentation (MADRUGA et al, 2012).

The relationship between alcohol consumption and adolescents is associated with a high number of risks, such as drinking and driving, illicit drug use, risky sexual behavior (SANCHEZ, RIBEIRO E WAGNER, 2015) and physical aggression (SWAHN et al, 2004). The indiscriminate drug use by young individuals may be very harmful for their central nervous system which is still in a maturing process of development (BREYER & WINTERS, 2015; BAVA & TAPERT, 2010). Drug use in adolescence can cause permanent changes leading to the development of changes related to brain damage (TURNER, MUCK, STEPHENS and SUKUMAR , 2004; WHITE & SWARTZWELDER, 2004) such as cognitive deficits (MEIER et al , 2012; ANDREWS et al, 2008), losses in both social and professional adjustment (FERGUSON & BODEN, 2008), increased vulnerability in developing psychiatric disorders (JAMES, JAMES & THWAITES , 2013; WITTCHEN et al, 2007), and a higher tendency in perform abusive use or even to develop addiction (LOPES et al , 2013; FERGUSON, LYNSKEY & HORWOOD, 1996; BEHRENDT et al, 2012; BONOMO et al, 2004).

In this scenario, prevention programs have been used to assist these young people not to get involved with the use of these substances. Considering parents as having an essential role in the development of their children (SCHENKER & MINAYO, 2005), programs directed to the family seem particularly effective to reduce the involvement of adolescents in drug use (FOXCROFT, 2003; KUMPFER, ALVARADO E WHITESIDE, 2003). Short training programs for parents may be an effective way to prevent conduct problems, including drug use (DRETZKE et al, 2009; SPOTH, REDMOND, SCHIN, 2001), especially if they are conducted during the pre-adolescence or early adolescence periods (PETRIE, BUNN e BYRNE, 2007). The skills training programs for parents have shown a direct positive impact on reducing the consumption of psychoactive substances by teenagers as well as an indirect impact on reducing risk factors and increasing protective factors (RIESCH et al , 2012; LITROWNIK et al 2000).

The results of studies over the last decade reinforce the view that family relationships have a decisive role in the involvement of young people with substance use (BAUMRIND and BLACK, 1967; MACCOBY & MARTIN, 1983; DARLING, N.; STEINBERG, L., 1993; DISHION & PATTERSON, 2006). Monitoring, supervision, communication, support and parental involvement are protective behaviors that are associated with lower rates of use of alcohol , tobacco and other drugs (PAIVA & RONZANI , 2009; MAGALHÃES & FONTES, 2007; RYZIN, FOSCO and DISHION, 2012; FOSCO et al , 2012; STATTIN & KERR, 2000; HARAKEH et al, 2005). On the contrary, negligence, authoritarianism and physical abuse by parents are described as risk factors, since they have been associated with increasing the vulnerability to drug abuse by adolescents (SHUCKSMITH, GLENDINNING & HENDRY, 1997; BENCHAYA, M. et al, 2011; ADALBJARNARDOTTIR & HAFSTEINSSON, 2001; ALVARENGA& PICCININI, 2001).

Despite the knowledge of the influence of parents for protection or vulnerability of children to drug use described, there is still no single universal applicability program to make parents behave in such a way to decrease drug use risk in their children with proven effectiveness. Furthermore, studies on the effectiveness of prevention programs are still very scarce and deserve to be better exploited (PETRIE, BUNN e BYRNE, 2007). Therefore, there is still a need to produce more well-designed randomized clinical trials in this field so that the evidence can be more consistent and making generalization possible (THOMAS, BAKER & LORENZETTI, 2007; FOXCROFT & TSERTSVADZE, 2011).

This study presents a pilot of a randomized clinical trial performed with the aim to evaluate the feasibility and preliminary efficacy of a telehealth prevention program based in brief motivational intervention (BMI) to help in reducing parental risk practices and increase parental protective practices for drug use when compared to psychoeducation (PE).

2. Materials and Methods

This article is a pilot study of a randomized controlled trial. Data collection was performed at the National Service of Guidance and Information on Drug Use (Ligue 132), from September 2014 to December 2015. “Ligue 132” is the call center linked to the National Anti-Drug Secretariat (SENAD) and based at the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA). This telemedicine service is free, anonymous and open to the population at large. It provides information on the characteristics of psychoactive drugs, providing guidance on treatment centers and it has a telephone follow-up service for patients and their families. The study included 28 parents of teenagers, aged 10 to 18, who called to “Ligue 132” looking for a program to prevent drug use and agreed to participate after reading the Informed Consent. The study excluded the parents of teens that were experiencing

difficulty in understanding the questions and the parents of teens who were considered themselves as drug addicts by their self-report.

2.1 Procedures

The prevention program "Ligue 132" was released through the mainstream media (internet, television, newspaper) and through letters sent to schools. Parents who are interested in participating and called the service were randomized through a specific software developed for the program to either the PE condition or the BMI condition. The application of pre and post intervention scales as well as the control and experimental intervention were conducted by telephone. All procedures were performed by undergraduate students supervised by masters and doctoral students, all of them from healthcare system. The training of the students who attend the "Ligue 132" consists of a 40 hours theoretical course on the biopsychosocial perspective of addiction, acute and chronic effects of psychoactive substances and different ways of treatment based on evidence (BARROS et al, 2008). Additionally, they have another 40 hours of practical training with case studies and simulations based on interventions brief motivational interview. For this project 10 hours of specific training on drug abuse prevention focusing on risk factors and parental protection was added in this phase of training. Furthermore, the consultants were trained to apply the scales and to perform the brief motivational interview for behavior change regarding parental practices. The final phase of training was regarding the interventions, to maintain the quality during the course of data collection and to decrease the risk of bias in the application formlasted 90 hours. The attendants were also evaluated on a quarterly basis about the quality of BMI conducted with the BECCI scale (LANE et al, 2005).

Participants were informed about the research through free and informed consent form (ICF). Anonymity and confidentiality of their personal data were guaranteed to all respondents. In addition, it was spoken to them about the possibility of assigning the content of interviews for research purposes and emphasis was placed on their free contribution to this study. The study was approved by the Ethics Committee of Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (n°27079814.5.0000.5345) and registered in the Clinical Trial (n°NCT02386280)

2.2. Interventions

The program to help parents to prevent teen's drug use by phone was constructed from listening to calls on "Ligue 132" from parents requesting help to handle the problem of drug use by their children. The telehealth drug prevention program was based on the knowledge about the parental practices of risk and protection (DIEHL & FIGLIE, 2014; NIDA, 2003, CLEVELAND et al, 2008; SCHENKER, M.; MINAYO, M. C.,2005), on social learning theory (BANDURA, 1977) and on a published paper that the researchers used motivational interviewing to verify the change of permissive behavior among drug addicts' relatives (BORTOLON et al, 2013).

In both groups the first contact happened reactively. The parents called spontaneously to the service seeking to prevent the use of drugs by their teens. In this first call the operation of the prevention program was explained and then the pre-intervention scales were applied. Once randomized, the first intervention was performed according to the group condition. Later dates were scheduled to conduct the next calls, and the follow-up calls were made proactively for the service. The dates scheduled for holding the subsequent interventions were 7, 14 and 28 days after the first call (consider the baseline of the study). Twenty-eight days

after the first scales application, they were reapplied in order to assess the change in the parental practices and style afterwards. The parents were blinded to the interventions received. Researchers and attendants were different people, their interaction was minimized and they were blinded from study findings until all data had been collected. The consort diagram (Fig. 1) provides an outline of the procedures as well as participant enrollment and retention data.

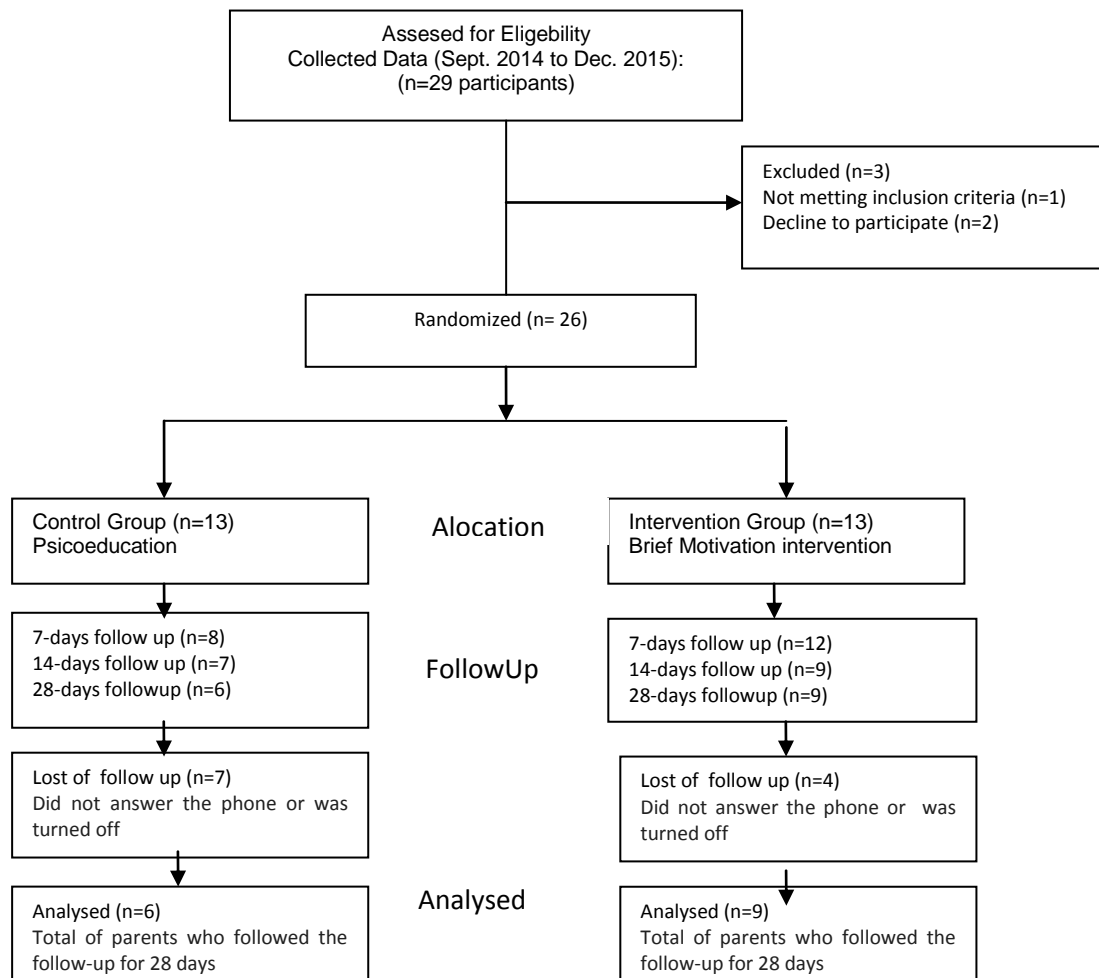


Fig 1. Flowchart of the progress presented by parents along the study.

Psychoeducation (PE) condition: In the control group, psychoeducation condition, aimed only to inform parents about general aspects concerning the prevention of drug use in the adolescence period. In each day of the follow up specific information was delivery.

Information included the damage of drug use in adolescence, as well as protective and risk parental practices.

Brief Motivational Intervention (BMI) condition: In the experimental group, the brief motivational intervention was performed with the aim of helping parents to change their risk behavior in order to increase the protective parental practices and decrease the risk parental practices was applied (MILLER & ROLLNICK, 2001 and 2009; ROLLNICK, HEATHER, & BELL, 1992). BMI was applied to change parental practices according to the transtheoretical model of motivational stages of change (PROCHASKA e DICLEMENTE, 1983). According to the analysis of parental practices (as measured by PIS scale), attendants helped parents to modify risk behaviors by IBM with an individually-tailored approaches. The strategies established for change are set up according to the stage of change. For this purpose, strategies to deal with the difficulties inherent in change, increasing self-efficacy and coping with ambivalence are developed (PROCHASKA, DICLEMENTE, VELICER & ROSSI, 1993)

This intervention was chosen because it is an excellent tool in behavior change processes and it is easy to apply by phone as already evidenced in the literature related to drug addiction, (FERNANDES et al, 2010; MCCAMBRIDGE et al., 2008) to co-dependency (BORTOLON, 2013) as well as to prevention programs with teenagers (MARLLET et al, 2010; WOOD et al, 2010). Parents were encouraged to modify risk behaviors detected by the scale. The intervention was carried out in accordance with the evaluation of the motivational stage of change (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1983).

Booster Mailing: After the first call, a booster brochure called "Drugs: Primer for Parents of Teens" prepared by the National Policy on the Presidency Drugs (BRAZIL, 2007) was sent to study participants in both groups. These brochure provides information about

drugs in general and about the actions that can be taken in the by parents so that later, they are less likely to come to abuse drugs.

The objectives of the interventions in each day of follow up is well detailed in figure2.

Objectives of the intervention in the days of follow up		
	ControlGroup	Experimental Group
1° day	- To explain the functioning of the Program - Apply Scales - Information on the damage of drug use in adolescence.	- To explain the functioning of the Program - Apply Scales - Information on the damage of drug use in adolescence. - BMI to motivate for engagement of parents in preventing drug use
7° day	-Informationonprotectiveparenting	-BMI To increase the positive educational practices according to what has been reported by scales. Consideringthemotivationalstage.
14° day	-Informationon parental riskpractices	-BMI To reduce parental risk according to what has been reported by scales. Consideringthemotivationalstage.
28° day	- Application of Scales to measure the reduction of parental practices of risk and protective according to parental style	-Application of Scales to measure the reduction of parental practices of risk and protective according to parental style

Fig. 2 Objectives of Follow-Up

2.3. Measures

For this study the structure of the Call Center “Ligue 132” was used. This call center has the technical capacity of 20 telephone stations and it works 24 hours a day. The service is anonymous and free for the entire Brazilian population. A specific software that allows to register the protocols of calls from parents and save the information. The software also contains tools for gauging the study variables, which will be applied during the phone call.

Feasibility: Feasibility was assessed based on the number of families enrolled in the study and number who completed the prevention intervention.

Distribution of Sociodemographic Data: Computerized General Protocol Service was used to provide general customer data such as gender, age, marital status, occupation, family income, education level and state as well as data on question classification, including treatment centers, drug information, informative material and the drugs that have been used by the customer.

Parental Style, Risk and Protective Parental Practices: The Parental Styles Inventory was used to assesses the parental style, referring to the strategies and techniques used by parents to educate their children through seven parental practices, five related to the development of risk behaviors: negligence, inconsistent punishment, relaxed discipline, negative monitoring and physical abuse; and two related to the development of protective behaviors: moral behavior and positive monitoring. Neglect occurs when parents are not attentive to the needs of their children, absent themselves from responsibilities and interact without affection. The inconsistent punishment is when parents punish or reinforce the behavior of their children according to their mood, not contingent on the child's behavior. The negative monitoring is characterized by an excessive supervision of parents about their children's lives and the large amount of intrusive actions. It is considered physical abuse when parents hurt or cause pain to their children on the grounds that they are educating them. Positive monitoring is defined as the set of parental practices that involve affection, attention and knowledge of parents about their son. The moral behavior refers to the transmission of values such as honesty, generosity and sense of justice to the children. The inventory consists of 42 questions, each one consisting of a phrase to which the father / mother shall reply, indicating the frequency with which it acts (ia) according to the situation described in the sentence. Thus, the answer is never, if on 10 occasions, (s) they acted like that from 0 to 2 times; Sometimes, if on 10 occasions, (s) they acted like that from 3 to 7 times and always, if on 10 occasions, they (a) acted like that from 8 to 10 times. The scores obtained through the

answers are transformed into a parental style index, having a score ranging from 1 to 99 (GOMIDE, 2006; SAMPAIO & GOMIDE, 2007).

Stage of Motivation: The Contemplation Ladder Scale was used to evaluate the stage of motivation for parental behavior changes through 5 statements. Each statement indicates a stage of readiness to change such as precontemplation, contemplation, preparation and action (BIENER & ABRAMS, 1991).

2.4. Procedure of Data Analysis

Data were recorded in the software and later rescued in Microsoft Excel spreadsheet. The analysis was conducted using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19.0.

Quantitative data were described as median and percentiles (25-75). Qualitative data for absolute and percentage frequency. Comparison of categorical variables was performed using the chi-square test and continuous variables were compared using the nonparametric test for independent samples Mann-Whitney test, Kolmogorov-Smirnov and Wilcoxon. The data was considered statistically different when p-value was under 0.05.

3. Results

The final sample that provided data to be analyzed was composed by 15 parents of adolescents, divided in control (n=6) and intervention (n=9) groups. In the analysis of sociodemographic data frequency, mothers were predominant (93%), the mean age was 43.6 years old, 46.6% were married and 60% were employed. Regarding their teens, males were predominant (80%) and the mean age was 13.6. According to parents' reports, an important

number of teenagers (33.3%) had already experienced some drug and/or there was a suspicion that they did, marijuana being the most prevalent (48%), and many parents described the teens already presenting conduct problems (40%). Table 1 showed the socio-demographic data of BMI and control groups, demonstrating no significant differences between the two randomized groups in baseline date.

Table 1: Distribution of sociodemographic data in a comparison between BMI and PE groups.

Variables		PE n (%)	BMI n (%)
Parents' Sex	Male	0	1(100%)
	Female	6 (42,9%)	8 (57,1%)
Parents' Marital Status	Single	3 (60%)	2 (40%)
	Widower	0 (0%)	1 (100%)
	Divorced	1 (50%)	1 (50%)
	Married	2 (28.6%)	5 (71.4%)
Parents' Occupation	Unemployed	0 (0%)	2(100%)
	Employed	6 (66.7%)	3(33.3%)
	Housewife	0 (0%)	2 (100%)
	Retired	0 (0%)	1 (100%)
	Student	0 (0%)	1 (100%)
Parents' Drug Use	Yes	1 (33.3%)	2 (67.7%)
	No	4 (50%)	4 (50%)
Parents' Age		42.83 ±6,4	43.44 ±11.7
Adolescents' Sex	Male	5(41.7%)	7(58.3%)
	Female	1 (33.3%)	2 (66.7%)
Adolescents' Drug Use	Yes	2(40%)	3(60%)
	No	4(40%)	6(60%)
Adolescents' ConductProblems	Yes	2(33.3%)	4(66.7%)
	No	4(44.4%)	5(55.6%)
Adolescents' Age		14,50 ±1.7	13,11 ±2.9

The data was presented as a percentage n and age mean and standard deviation.

PE= Psychoeducation condition

BMI = Brief Motivational Intervention.

The parents in the BMI group improved the index of parental style compared to the control group, despite not having been observed a statistically significant difference. Additionally, they reduced all the parental practices of risk and increased all protective

parental practices for drug use, (except negative monitoring) when compared to the control group, without a statistically significant difference either. Despite of that when we look at the changes in the negligent behavior of parents, the BMI showed to be more effective in reducing this practice with a statistically significant difference compared to PE.

Table 2

Comparison of the parental practices between BMI and PE (n=15)

Behaviordomain	PE		BMI	
	BaseLine	Followup 28D	BaseLine	Followup 28D
Positive monitoring	11 (8-11.25)	11.5(7.5-12)	10(9.5-11.5)	12(11-12)**
Moral behavior	11 (10-12)	9.5(9-11.25)**	10(7.5-12)	12(10-12)
Neglect	2(0-3.75)	2 (0.75-4)	3(1-4)	00(0-1)** ***
Physical abuse	1(0.75-1.75)	1(0-1.25)	2(0-3)	0(0-0.5)**
Relaxed discipline	3.5 (1.75-5.25)	3(1-4.25)**	4(1-6)	1(0-3.5)**
Inconsistent Punishment	2 (1.5-5)	1.5(0-2.75)	2(1-6.5)	00(0-4)**
Negative monitoring	5(3.25-6)	3.5(1.5-6.5)	7(4.5-8)	4(2-5)**
Parental Style Index PSI	65 (31.25-84.75)	72.50 (42.5-92.25)	20(12.50-95)	99 (72.5-99)**

The data were presented by median and n percentile

**P<0,005 between baseline and follow up

**** P<0,005 between BMI and PE

PE= Psychoeducation condition

BMI = Brief Motivational Intervention

The comparison between pre (1D) and post intervention (28D) observed statistical significance in the large majority of parental practices in the BMI group, including the parental style index. There was a decrease in risk practices such as neglect, physical abuse, relaxed discipline, inconsistent punishment and negative monitoring. In addition there was an

increase in protective practice positive monitoring. In the PE group it was also observed statistical significance considering the parental practice of relaxed discipline, which showed a reduction comparing pre and post intervention. Still analyzing the PE group, the moral compartment which is a protective practice shows a reduction (Table2).Regarding the motivational stages, 80% of the parents were at the preparation or action stage when they first called, and the same percentage was obtained in the last call (28 days follow up).

Feasibility of the research protocol was assessed based on the 26 parents enrolled in the study and on the 15 parents who completed the follow-up assessment at 28 days. Considering the large number of losses during the follow up the analysis of the results was performed per protocol.

4. Discussion and Conclusion

This exploratory pilot study is the first one that we are aware of to examine if the BMI, when compared to psychoeducation, helps in reducing the risk parental practices and increasing the protective parental practices involved in the prevention of adolescent drug use. The parents in the BMI group, compared with the control group, improved the index of parental style, despite not having been found a statistically significant difference. This result can be explained by the fact that the two groups appears to improve parental style. Although less effective than IBM psychoeducation, it can also act in diminishing parental risk practices and in increasing a protective parenting. Therefore, the differences between the groups did not prove significant. On the other hand, a larger sample may prove IBM tendency to be more effective. Since prior studies have observed that this technique had promising results with respect to changes in behavior in general: helping young people do not engage with drugs (MARLLET et al, 2010; WOOD et al, 2010), motivating drug users to stop or reduce

consumption (FERNANDES et al 2010) and assisting drug addicts families to modify their permissive behavior (BORTOLON et al, 2013).

Considering the practice of parental neglect the BMI showed to be more effective in reducing this practice with a statistically significant difference compared to PE. This result is very important since the negligent behavior of parents is demonstrably associated with increased vulnerability to drug use in several studies (ADALBJARNARDOTTIR & HAFSTEINSSON, 2001; BERGE et al, 2016). Therefore, a tool that helps to reduce this practice can play an important role in prevention of drug use.

Furthermore was found a statistical significance in the parental stylist and in the large majority of parental practices in the BMI group when the pre and post intervention data were analyzed. These results demonstrate that the intervention is effective in modifying parental practices that works in the prevention of drug use. According to previous studies, parental monitoring is strongly associated with reduced use of drugs (FOSCO et al, 2012; CHASSIN et al, 2005; ENGELS, VERMULST and DÉCOVIK, 2006), especially when associated with affection and interest on the activities carried out by teenagers (PAIVA & RONZANI, 2009, RYZIN, FOSCO e DISHION 2012; KONING et al, 2012). Negative parental practices, such as physical abuse, relaxed discipline, inconsistent punishment and negative monitoring are more associated with parents of children that demonstrate line behavior problems of outsourcing, problems related to manifestation of aggressiveness, impulsivity and delinquent behaviors such as drug use (ALVARENGA & PICCINICI, 2001; VICARY and LERNER, 1986). The negative monitoring, in this authoritarian parental style, is related to the increased use of drugs by adolescents(MAGALHÃES & FONTES, 2007).The findings indicate that BMI has a greater potential in reducing the risk factors and increasing the protective factors of drug use involved in educational attitudes of parents.

It is important to consider that changes in the motivational stage had not occurred, despite the positive result in parental behavior changes. This may happen because parents who search for the program were already motivated to change their behavior (BIENER & ABRAMS, 1991). At the final stage of the follow-up period, the percentage of the action/maintenance stage was similar to that on the occasion of the first call, which indicated that the BMI kept the motivational stage through all the follow-up period. This is an important result, since the purpose of the followed technique for telephone service is to motivate the individual to change its behavior (MILLER, YAHNE, TONIGAN 2003; MILLER & ROLLNICK, 2009).

This study showed that most parents who search for a prevention program for drug use by their children are mothers. This same feature was found in other study of prevention with parents (DONOVAN, 2012) and in other health services (GOMES, NASCIMENTO E ARAÚJO, 2007; TRAVASSOS, PINHEIRO E BRITTO, 2002). In our culture it seems to be the responsibility of mothers to advice and take care of the children emotionally (BUSHAN, 1993), maybe because mothers are felt as more affective and transmit more emotional support (HUTZ & BARDAGI, 2006). Besides that, they usually have a better channel of communication with their children (CIA, PAMPLIN E PRETTE, 2006).

Considering the theme of prevention, an important number of parents searched the prevention program when they already knew that their children were using drugs or suspect that this may be occurring. This could affect the effect of the prevention programs, since one of the most searched outcomes is delaying the onset use of drugs by individuals (KONING et al, 2013). However the same results were found in others studies (SPOTH AND REDMOND, 1995; MILLER et al, 2012). According to the authors higher levels of reported child behavior problems influence inclination to enroll in prevention programs that highlights the weak

preventive culture, since people tend to seek help when they are already in trouble (BAUMAN et al, 2001).

The study had some limitations along its course considering the feasibility of the study. The main limitation is that the proposed sample size was not achieved, because of problems in recruitment and retention of subjects during follow-up dates. Feasibility was assessed based on the number of families enrolled in the study and number who completed the prevention intervention (SPIRITO et al, 2015). This difficulty with the recruitment can be justified because "Ligue 132" tends to get more calls from drug addicts and their families for treatment rather than to receive calls from parents looking for prevention (SOUZA et al, 2008). This small sample size does not allow a generalization of the results and the fact that we were not able to demonstrate statistical difference between the control and the experimental group in the results may be due to this fact. Other authors point to the same difficulties in their studies, since rates of families recruited for family focused prevention are typically low (SPOTH & REDMOND, 2000). Family-based preventive intervention trials face serious challenges regarding the recruitment and subsequent retention of participants, a limiting factor of their potential impact (HEINRICHS et al, 2005; PRINZS et al, 2001). The most common reason for refusing to participate was scheduling conflicts (SPOTH et al, 1996). So to avoid this bias one needs to think about recruitment strategies, such as contact with institutions that the subjects have familiarity, building on cross institutional support. The most important issue regarding this subject is that families need to feel confident in participating in the program (PRINZS et al, 2001).

Regarding losses during the follow up, this bias was reduced performing the segments proactively. Despite this loss of subjects, they did not seem to be different from another intervention studies in telemedicine. Besides that, the telephone contact represents a simple resource since this type of contact does not tend to generate a sense of obligation in the

participants to continue participating in the intervention (FERNANDES et al, 2010). According to a systematic review with telemedicine services up to 70 % of losses are expected during the program (MOREIRA et al, 2014).

Since the study had less than one month of follow-up it was not possible to assess whether the intervention had an impact on drug use by the adolescents. However, studies showed that an increase in parental behavioral protection factors may be directly responsible for a decrease in the use of drugs by teenagers of 5 to 10% (LITROWNIK et al, 2000)

In conclusion, this study provides some evidence for targeting BMI in decreasing risk parental practices and increasing protective parental practices in adolescent parents seeking to prevent the use of drugs by their adolescents. It suggests that further studies are made focusing on the problems of recruitment and retention so larger samples can be analyzed.

5. Referencias Bibliográficas

- Adalbjarnardottir, S., & Hafsteinsson, L. G. (2001). Adolescents' perceived parenting styles and their substance use: concurrent and longitudinal analyses. *Journal of Research on Adolescence, 11*(4), 401–423. <http://doi.org/10.1111/1532-7795.00018>
- Alvarenga, P., & Piccinini, C. (2001). Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicologia: Reflexão E Crítica, 14*(3), 449–460. <http://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100004>
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. *Social Learning Theory*. <http://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x>
- Barros, H. M. T., Santos, V., Mazoni, C., Dantas, D. C. M., & Ferigolo, M. (2008). Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. *Drug and Alcohol Dependence, 98*(3), 270–274.

<http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.07.002>

- Bauman K., Ennett S., Foshee V., Pemberton M., King T., Koch G (2001). - The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol use.; - *American journal of public health*. - *American Journal of Public Health*, 91(4), 604–610.
- Baumrind, D., & Black, A. E. (1967). Socialization Practices Associated with Dimensions of Competence in Preschool Boys and Girls. *Source: Child Development*, 38(2), 291–327. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/1127295>
- Bava, S., & Tapert, S. F. (2010). Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychology Review*. <http://doi.org/10.1007/s11065-010-91466>
- Behrendt, S., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Lieb, R., & Beesdo, K. (2012). Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? *Drug and Alcohol Dependence*, 99, 68–78. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.06.014>
- Benchaya, M. C., Bisch, N. K., Moreira, T. C., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2011). Non-authoritative parents and impact on drug use: the perception of adolescent children. *Jornal de Pediatria*, 87(3), 238–244. <http://doi.org/10.2223/JPED.2089>
- Berge, J., Sundell, K., Ojehagen, A., & Hakansson, A. (2016). Role of parenting styles in adolescent substance use: results from a Swedish longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 6(1), e008979. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008979>
- Bhushan R. (1993). A study of family communication: parents and their adolescent children. *J Pers Clin Stud*. 9:79-85.
- Biener, L., & Abrams, D. B. (1991). The contemplation Ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Journal Health Psychology*, 10, 360–365.
- Bonomo, Y. A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2004). Teenage

- drinking and the onset of alcohol dependence: A cohort study over seven years. *Addiction*, 99(12), 1520–1528. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00846.x>
- Bortolon, C.; Machado, C.; Ferigolo, M.; Barros, H. (2013). Abordagem Motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone: um estudo de caso Motivational Approach by phone for family member of drug user: A case study. *Contextos Clínicos*, 6(2), 157–163. <http://doi.org/10.4013/ctc.2013.62.08>
- Breyer, J. & Winters, K. (2015). Adolescent Brain Development : Implications For Drug Use Prevention. Center for Substance Abuse Research Department of Psychiatry , University of Minnesota. *Substance Abuse*, 8.
- Carlini E, Noto A, Sanchez Z, Carlini C, Locatelli D, Amato T. (2010). VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes públicas e privadas de ensino nas 27 capitais brasileira. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas;
- Chassin, L., Presson, C. C., Rose, J., Sherman, S. J., Davis, M. J., & Gonzalez, J. L. (2005). Parenting style and smoking-specific parenting practices as predictors of adolescent smoking onset. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(4), 333–44. <http://doi.org/10.1093/jpepsy/jsi028>
- Cia, F., Pamplin, R. C. de O., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Comunicação e participação pais-filhos: correlação com habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16(35), 395–406. <http://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300010>
- Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., Bontempo, D. E., & Greenberg, M. T. (2008). The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 43(2),

- 157–64. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.01.015>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, *113*(3), 487–496.
- Diehl, A.; Figlie, N. E. *Prevenção Ao uso de Álcool e Outras Drogas: O que cada um de nós deve e pode fazer*. Porto Alegre: Artmet, 2014
- Dishion TJ, Patterson GR. (2006) The development and ecology of antisocial behavior in children and adolescents. In: Cicchetti D, Cohen DJ, editors. *Developmental psychopathology: Vol 3 Risk, disorder, and adaptation*. New York: Wiley; pp. 503–541.
- Donovan, E., Wood, M., Frayjo, K., Black, R. A., & Surette, D. A. (2012). A randomized, controlled trial to test the efficacy of an online, parent-based intervention for reducing the risks associated with college-student alcohol use. *Addictive Behaviors*, *37*(1), 25–35. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.09.007>
- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., ... Hyde, C. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *3*(1), 7. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-3-7>
- Engels, H., Vermulst, AD., Dekovic, W. (2006). Parental attachment, parental control, and early development of alcohol use: a longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *20*(2), 107–116. <http://doi.org/10.1037/0893-164X.20.2.107>
- Fergusson, D. M., & Boden, J. M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, *103*(6), 969–976. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02221.x>
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1996). The Short-Term Consequences of Early Onset Cannabis Use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*(4).

- Fernandes, S., Ferigolo, M., Benchaya, M. C., Moreira, T. de C., Pierozan, P. S., Mazoni, C. G., & Barros, H. M. T. (2010). Brief Motivational Intervention and telemedicine: A new perspective of treatment to marijuana users. *Addictive Behaviors*, *35*(8), 750–755. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.001>
- Fosco, G. M., Stormshak, E. A., Dishion, T. J., & Winter, C. E. (2012). Family relationships and parental monitoring during middle school as predictors of early adolescent problem behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *41*(2), 202–13. <http://doi.org/10.1080/15374416.2012.651989>
- Foxcroft, D R, TSERTSVADZE, A. (2011). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochare Database of Systematic Reviews*, (9).
- Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., & Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: A systematic review. *Addiction*. <http://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00355.x>
- Gomes, R., Nascimento, E. F. Do, & Araújo, F. C. De. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, *23*(3), 565–574. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>
- Gomide, P. I. C. (2006). Inventário de estilos parentais: Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. Petrópolis: Vozes.
- Gore, F. M., Bloem, P. J. N., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *The Lancet*, *377*(9783), 2093–2102. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)
- Harakeh, Z., Scholte, R. H. J., De Vries, H., & Engels, R. C. M. E. (2005). Parental rules and

- communication: Their association with adolescent smoking. *Addiction*, *100*(6), 862–870.
<http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01067.x>
- Heinrichs, N., Bertram, H., Kuschel, A., & Hahlweg, K. (2005). Parent recruitment and retention in a universal prevention program for child behavior and emotional problems: Barriers to research and program participation. *Prevention Science*, *6*(4), 275–286.
<http://doi.org/10.1007/s11121-005-0006-1>
- Hutz, C. S. Bardagir, M. P. (2006). Indecisão profissional, ansiedade e depressão na adolescência : a influência dos estilos parentais. *Psico-USF*, v. v. 11, n. 51, p. 65–73.
- James, A., James, C., & Thwaites, T. (2013). The brain effects of cannabis in healthy adolescents and in adolescents with schizophrenia: a systematic review. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *214*, 181–189.
<http://doi.org/10.1016/j.psychresns.2013.07.012>
- Koning, I. M., van den Eijnden, R. J. J. M., Verdurmen, J. E. E., Engels, R. C. M. E., & Vollebergh, W. a M. (2013). A cluster randomized trial on the effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents four years after baseline; no evidence of catching-up behavior. *Addictive Behaviors*, *38*(4), 2032–2039.
<http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.013>
- Koning, I. M., van den Eijnden, R. J. J. M., Verdurmen, J. E. E., Engels, R. C. M. E., & Vollebergh, W. A. M. (2012). Developmental Alcohol-Specific Parenting Profiles in Adolescence and their Relationships with Adolescents' Alcohol Use. *Journal of Youth and Adolescence*, *41*(11), 1502–1511. <http://doi.org/10.1007/s10964-012-9772-9>
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., & Whiteside, H. O. (2003). Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention. *SUBSTANCE USE & MISUSE*, *38*, 11–13.
<http://doi.org/10.1081/JA-120024240>
- Lane, C., Huws-Thomas, M., Hood, K., Rollnick, S., Edwards, K., & Robling, M. (2005).

- Measuring adaptations of motivational interviewing: The development and validation of the behavior change counseling index (BECCI). *Patient Education and Counseling*, 56(2), 166–173. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2004.01.003>
- Litrownik, a J., Elder, J. P., Campbell, N. R., Ayala, G. X., Slymen, D. J., Parra-Medina, D., Lovato, C. Y. (2000). Evaluation of a tobacco and alcohol use prevention program for Hispanic migrant adolescents: promoting the protective factor of parent-child communication. *Preventive Medicine*, 31(2 Pt 1), 124–133. <http://doi.org/10.1006/pmed.2000.0698>
- Lopes, G. M., Nobrega, B. A., Del Prette, G., & Scivoletto, S. (2013). Use of psychoactive substances by adolescents: Current panorama. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(SUPPL. 1). <http://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-S105>
- Maccoby, E. & Martin, J. Socialization in the context of the family: Parentchild interaction. Em E.M. Hetherington (Org.), *Handbook of child psychology*, v. 4. Socialization, personality, and social development (4^a ed., pp. 1-101). *New Monographs*, 4 (1, Pt.2), 1983.
- Madruga, C.S.; Laranjeira R.; Caetano R.; Pinsky I.; Zaleski M.; Ferri C.P. (2012) Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil — A national survey. *Addictive Behaviors*, v. 37, p. 1171–1175. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.05.008.
- Magalhães, I., & Fonte, C. (2007). Estudo Do Consumo De Drogas Na Adolescência E Os Estilos Educativos Parentais : Implicações Para Prevenção. *Revista Da Faculdade de Ciências Da Saúde*, (4), 320–330.
- Mallett, K. A., Ray, A. E., Turrise, R., Belden, C., Bachrach, R. L., & Larimer, M. E. (2010). Age of Drinking Onset as a Moderator of the Efficacy of Parent- Based, Brief Motivational, and Combined Intervention Approaches to Reduce Drinking and Consequences Among College Students. *Alcohol Clin Exp Res*, 34(7). <http://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01192.x>

- McCambridge, J., Slym, R. L., & Strang, J. (2008). Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users. *Addiction*, *103*(11), 1809–1818. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02331.x>
- Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S. E., ... Moffitt, T. E. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *109*(40), E2657–E2664. <http://doi.org/10.1073/pnas.1206820109>
- Miller, B.A.; Aalborg, A. E.; Byrnes, H. F., Spoth, R., Bauman, K. (2012). Parent and child characteristics related to chosen adolescent alcohol and drug prevention program. *Health Educ. Res.* *27* (1):1-13. doi: 10.1093/her/cyr109.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *37*(2), 129–140. <http://doi.org/10.1017/S1352465809005128>
- Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(4), 754–763. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.754>
- Miller, W. R; Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Moreira, T. de C., Signor, L., Figueiró, L. R., Fernandes, S., Bortolon, C. B., Benchaya, M. C., Barros, H. M. T. (2014). Non-adherence to telemedicine interventions for drug users: Systematic review. *Revista de Saude Publica*, *48*(3), 521–531. <http://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005130>

- NIDA(2003) Nacional Institute on Drug Abuse. Preventing Drug Use among children and adolescents. A research based guide for parents, educator and community leaders. 2nd ed. Bethesda.
- Paiva, F. S., & Ronzani, T. M. (2009). Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: Revisão sistemática. *Psicologia Em Estudo*. <http://doi.org/10.1590/S1413-73722009000100021>
- Petrie, J.; Bunn, F.; Byrne, G. (2007) Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: A systematic review. *Health Education Research*, v. 22, n. 2, p. 177–191. Doi: 10.1093/her/cyl061.
- Prinz, R. J., Smith, E. P., Dumas, J. E., Laughlin, J. E., White, D. W., & Barrón, R. (2001). Recruitment and retention of participants in prevention trials involving family-based interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(1 Suppl), 31–37. [http://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00271-3](http://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00271-3)
- Prochaska, J. O.; Diclemente, C. O. Velicer, W.F. & Rossi, J.F. (1993) Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology*, Vol 12(5), Sep 1993, 399-405. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.12.5.399>.
- Prochaska, J. O.; Diclemente, C. O. (1983). Stages and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. v. 51, n. 3, p. 390-395,
- Riesch, S.; Brown, R.; Anderson, L.; Wang, K.; Michell, J.; Johnson, D. (2012). Strengthening Families Program (10-14) Effects on the Family Environment. *West J Nurs Res*, 34(3), 340–376. <http://doi.org/10.1038/nature13314.A>
- Rollnick, S., Heather, N., & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, 25–37. <http://doi.org/10.3109/09638239209034509>

- Ryzin, M. J. Van, Fosco, G. M., & Dishion, T. J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors*, *37*, 1314–1324. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.020>
- Sampaio, I. T. A., & Gomide, P. I. C. (2007). Inventário de estilos parentais (IEP) - Gomide (2006) Percurso de padronização e normatização. *Psicol. Argum.*, *25*(48), 15–26.
- Sanchez, Z. M., Ribeiro, K. J., & Wagner, G. A. (2015). Binge drinking associations with patrons' risk behaviors and alcohol effects after leaving a nightclub: Sex differences in the “Balada com Ciência” portal survey study in Brazil. *PLoS ONE*, *10*(8). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0133646>
- Schenker, M., & Minayo, M. C. de S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, *10*(3), 707–717. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027>
- Shakya, H. B., Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2012). Parental influence on substance use in adolescent social networks. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *166*(12), 1132–9. <http://doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.1372>
- Shucksmith, J., Glendinning, A., & Hendry, L. (1997). Adolescent drinking behaviour and the role of family life: a Scottish perspective. *Journal of Adolescence*, *20*(1), 85–101. <http://doi.org/10.1006/jado.1996.0066>
- Souza, M. F. De, Kohlrausch, E. R., Mazoni, C. G., Moreira, T. D. C., Fernandes, S., Dantas, D. C. M., ... Barros, H. M. T. (2008). Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, *30*(3), 182–191. <http://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400007>
- Spirito, A., Hernandez, L., Cancilliere, M. K., Graves, H., Knopik, V. S., & Barnett, N. (2015). Improving parenting and parent-teen communication to delay or prevent the onset of alcohol and drug use in young adolescents with emotional/behavioral disorders:

- A pilot trial. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 24(5), 308–322.
<http://doi.org/10.1080/1067828X.2013.829013>
- Spoth, R. and Redmond, C. (1995). Parent motivation to enroll in parenting skills programs: A model of family context and health belief predictors. *Journal of Family Psychology*, Vol 9(3), 294-310. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.9.3.294>
- Spoth, R., & Redmond, C. (2000). Research on family engagement in preventive interventions: Toward improved use of scientific findings in primary prevention practice. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 267–284.
<http://doi.org/10.1023/A:1007039421026>
- Spoth, R., Redmond, C., Hockaday, C. and Shin, C. Y. (1996). Barriers to Participation in Family Skills Preventive Interventions and Their Evaluations: A Replication and Extension. *Family Relation*. Vol. 45, No. 3, pp. 247-254. DOI: 10.2307/585496
- Spoth, Richard L.; Redmond, Cleve; Shin, Chungyeol (2001) Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 69(4), 627-642. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.4.627>
- Stattin, H., & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Development*, 71(4), 1072–1085. <http://doi.org/10.2307/1132345>
- Swahn, M. H., Simon, T. R., Hammig, B. J., & Guerrero, J. L. (2004). Alcohol-consumption behaviors and risk for physical fighting and injuries among adolescent drinkers. *Addictive Behaviors*, 29(5), 959–963. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.043>
- Thomas, R. E., & Baker, P. (2007). Family-based programmes for preventive smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(2), 99.
<http://doi.org/10.1002/14651858.CD004493.pub3>
- Travassos, C.; Pinheiro, R. S.; Viacava, F. & Brito, A. dos S. (2002). Gênero, morbidade,

- acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 687–707. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>
- Turner, W. C., Muck MEd, R. D., Muck BA, R. J., Stephens, R. L., Sukumar, B., & Sukumar Ph, B. (2004). Co-Occurring Disorders in the Adolescent Mental Health and Substance Abuse Treatment Systems. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(4), 455–462. <http://doi.org/10.1080/02791072.2004.10524428>
- Vicary, J. and Lerner, J. (1986). Parental attributes and adolescent drug use. *Journal of Adolescence* I, 9, I 15-122.
- White, A. & Swartzwelder, H. (2004). Hippocampal Function during Adolescence. *New York Academy of Sciences*, 206–220.
- WHO. Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Wittchen, H.-U., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., ... Perkonig, A. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 60–70. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.013>
- Wood, M. D., Fairlie, A. M., Fernandez, A. C., Borsari, B., Capone, C., Laforge, R., & Carmona-Barros, R. (2010). Brief Motivational and Parent Interventions For College Students: A Randomized Factorial Study. *J Consult Clin Psychol.*, 78(3), 349–361. <http://doi.org/10.1037/a0019166>

6. ARTIGO 2:

Abordagem Motivacional para Prevenção do Uso de Drogas com Pais de Adolescentes: um Estudo de Caso

RESUMO:

Considerando o notório prejuízo causado pelo envolvimento precoce dos adolescentes com o uso de drogas, o investimento na elaboração de programas de prevenção do uso de drogas é crescente ao redor do mundo. O presente estudo teve como objetivo descrever um modelo de intervenção breve por telefone, alicerçada na entrevista motivacional, para diminuir práticas parentais de risco e aumentar praticasparentais de proteção envolvidas na prevenção do uso de drogas em adolescentes. O artigo basea-se num estudo de caso de uma mãe que procurou o serviço Ligue um 132 – Serviço Nacional de Informações e Orientações sobre o Uso de Drogas – e aceitou participar do programa de prevenção de prevenção do uso de drogas. O instrumentos aplicados na avaliação foram o Protocolo Geral Informatizado de Atendimento, Inventário dos Estilos Parentais e a LADDER. O modelo de intervenção apresentado demonstrou resultados positivos, neste caso específico, no aumento do índice do estilo parental, bem como na diminuição das práticas parentais de risco e aumento das práticas parentais positivas.

Palavras chaves: Prevenção, Adolescentes, Estudo de Caso.

Introdução

O consumo de álcool e outras drogas são causas conhecidas de morbidade, mortalidade e danos sociais ao redor do mundo, sendo um componente importante da carga global de doenças (WHO, 2014). O álcool e as drogas ilícitas estão classificados entre os principais fatores de risco acidentais em adolescentes de 10-24 anos, quando analisamos a classificação por DALYs (DisabilityAdjusted Life Years), o qual mede o número de dias de vida perdidos devido à morte precoce e a incapacitação por doença (GORE et al, 2011). Em termos de saúde pública, as consequências são grandes no que se refere a tratamento e cuidados com os distúrbios oriundos do uso de drogas e suas consequências para a saúde (UNODOC, 2015)

O consumo de drogas entre os adolescentes além de altamente prevalente (CEBRID, 2010; LENAD, 2012) é nocivo para desenvolvimento neuroanatômico (BREYER E WINTERS, 2012; BAVA & TAPERT, 2010), cognitivo (MEIER et al, 2012; ANDREWS et al, 2008), emocional (JAMES, JAMES & THWAITES, 2013; WITTCHEN et al, 2007) e social (FERGUSON & BODEN, 2008). Neste cenário, inumeros programas de prevenção bem sendo desenvolvidos para ajudar os jovens a não se envolverem com o uso de drogas. Considerando que a instituição familiar como um dos elos mais fortes da cadeia multifacetada que pode levar um adolescente a fazer um uso abusivo de drogas(SCHENKER & MINAYO, 2005) intervenções focadas na família foram as mais eficazes para prevenir o uso de drogas por jovens (KUMPFER, ALVARADO E WHITESIDEH, 2003; FOXCROFT, 2003; DRETZKE et al, 2009). Muitas são os programas de prevenção com alvo nos pais desenvolvidos no mundo todo, utilizando os mais diversos métodos de intervenção. Todavia, alguns programas não chegam a encontrar efeito significativo na diminuição ou cessação do consumo (BAUMAN et al, 2001) ou só encontram resultados quando pais e filhos são envolvidos simultaneamente nas atividades (KONING, 2013).

Portanto, não existe ainda um programa único de aplicabilidade universal com efetividade comprovada. Dentro da perspectiva, novas abordagens preventivas seguem sendo exploradas. Alguns estudos apontam para o caminho do treinamento de habilidade com os pais, para que eles desenvolvam habilidades protetivas de cuidados com os filhos (PETRIE, BUNN & BURNYE 2007).

Desta forma, podemos pensar que a entrevista motivacional possa ser um importante recurso a ser utilizado neste processo de mudança de comportamento dos pais, por se tratar de uma abordagem de excelência para aconselhamento na modificação de hábitos e comportamentos (MILLER & ROLLNICK, 2001). A EM já é uma abordagem bem estabelecida para o tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de substância (SALES & FIGLIE, 2011; KUNZ, FRENCH & BAZARGAN-HEJAZI, 2004), inclusive em tratamentos por telemedicina (FERNANDES et al, 2010). Já existem trabalhos que inclusive legitimam o uso da entrevista motivacional para mudanças de comportamento permissivos em familiares de dependentes químicos (BORTOLON et al, 2013). Além de estudos que mostram o seu uso para prevenção do uso de drogas na abordagem com os adolescentes. (MARLLET et al, 2010; WOOD, FAIRLIE, FERNANDEZ, BOSARI, & CAPONE, 2010). Entretanto, não foi encontrado nenhum trabalho que utilize a entrevista motivacional em programas de prevenção do uso de drogas com foco nos pais, como ferramenta para auxiliar na modificação de comportamentos parentais de risco e aumento das atitudes protetivas.

O presente estudo tem como objetivo apresentar um modelo de intervenção breve por telefone, alicerçada na entrevista motivacional, para diminuir fatores de risco e aumentar fatores de proteção em pais de adolescentes que buscavam prevenir o uso de drogas dos seus filhos.

Materiais e Método

O presente artigo é um estudo de caso realizado com pais de adolescentes no Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas (Ligue 132). O Ligue 132 é um call center ligado a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e sediado na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). O Serviço é gratuito, anônimo e aberto à população brasileira em geral. Presta informações sobre as características das drogas psicoativas, fornece orientações sobre centros de tratamento e tem um serviço e acompanhamento telefônico para usuários e familiares.

Este estudo de caso faz parte de um ensaio clínico randomizado que teve como objetivo verificar se a intervenção breve motivacional, comparado a psicoeducação, auxilia na diminuição das praticas parentais de risco e no aumento dos praticas parentais de proteção, envolvidos na prevenção do uso de drogas dos adolescentes. Dentre os pais que participaram do programa de prevenção do Ligue 132, foi escolhida uma mãe que buscava prevenir o uso de drogas da sua filha. O critério de escolha foi por conveniência, considerando a redução no escore do Índice do Estilo Parental e a realização completa do seguimento de 28 dias.

Os participantes foram informados sobre a pesquisa por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A todos os entrevistados foi garantido o anonimato e confidencialidade de seus dados pessoais. Além disso, ressaltou-se sua livre contribuição para a realização deste estudo, sem que sua recusa em participar do mesmo tivesse como consequencia qualquer prejuízo para o atendimento no Ligue 132. O estudo foi aprovado ao comitê de ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (nº27079814.5.0000.5345) e e registrado no ClinicalTrial (nºNCT02386280)

Precedimentos

Todos os procedimentos foram realizados por acadêmicos de graduação supervisionados por mestrandos e doutorandos, todos da área da saúde. O treinamento dos acadêmicos que atendem no Ligue 132 consiste em um curso teórico de 40 horas sobre as perspectivas biopsicosociais da dependência química, efeitos agudos e crônicos de substâncias psicoativas e formas de tratamento baseado em evidências (BARROS et al, 2008). Além de mais 40 horas de treinamento prático com estudos de casos e simulações com intervenções

baseadas na entrevista breve motivacional (LANE et al, 2005). Para este projeto foi acrescentado um treinamento de 10 horas específico sobre prevenção do uso de drogas com foco nos fatores de risco e proteção parentais. Para este estudo foi acrescentado um treinamento específico de 10 horas sobre prevenção do uso de drogas, focando no trabalho com os comportamentos de risco e proteção parentais. Além do treinamento para aplicação das escalas e para aplicar a entrevista breve motivacional para mudança das práticas parentais envolvidas. Para manter a qualidade das intervenções os consultores realizaram um treinamento continuado (90 horas) para reforçar os conteúdos trabalhados no treinamento inicial. Os atendentes foram ainda avaliados trimestralmente em relação a qualidade da EBM realizada pela escala BECCI (LANE et al, 2005).

Intervenção

O programa de prevenção ao uso de drogas para pais de adolescentes por telefone foi construído a partir de escutas telefônicas no ligue 132 de pais que solicitavam ajuda para manejarem com o uso de drogas de seus filhos adolescentes. O modelo padronizado de atendimento com duração de 28 dias foi fundamentado no conhecimento acerca das práticas parentais de risco e de proteção (DIEHL & FIGLIE, 2014; NIDA, 2003, CLEVELAND et al, 2010; SCHENKER, M.; MINAYO, M. C., 2005), na teoria do aprendizado social (BANDURA, 1977) e em estudos já publicados sobre o uso da EBM para modificação de comportamentos permissivos em familiares de dependentes químicos (BORTOLON et al, 2013). Como instrumento de intervenção foi utilizada a entrevista motivacional (MILLER & ROLLNICK, 2009) e o modelo transteórico dos estágios de mudança (PROCHASKA, DICLEMENTE & NORCROSS, 1992), uma vez que é uma ferramenta de excelência para auxiliar nos processos de mudança de comportamento (ROLLNICK, HEATHER, & BELL, 1992). Se caracteriza por ser uma intervenção estruturada e de curta duração, que pode ser utilizada por profissionais não especializados. Seu objetivo é aumentar a motivação interna do cliente (GERBERT ET AL, 2003). As estratégias comumente utilizadas incluem avaliar o estágio de prontidão para mudança, aconselhar o cliente conforme o estágio de mudança identificado, trabalhar a ambivalência, promover a auto-eficácia e desenvolver estratégias para enfrentar as dificuldades inerentes a mudança de comportamento (MILLER & ROLLNICK, 2001; PROCHASKA, DICLEMENTE, VELICER & ROSSI, 1993).

A escolha da entrevista motivacional foi baseada em experiências eficazes já descritas na literatura do uso da EBM para mudanças de comportamento relacionadas a dependência de drogas pelo telefone (FERNANDES et al, 2010) e também para mudanças de comportamento

de familiares de usuários codependentes (BORTOLON, 2013) assim como em programas de prevenção para adolescentes (MARLLET et al, 2010; WOOD et al, 2010).

O primeiro atendimento ocorreu de forma reativa, ou seja, os pais ligaram para o serviço buscando prevenir o uso de drogas dos seus filhos. Nesta primeira ligação foi explicado o funcionamento do programa de prevenção, aplicada as escalas pré-intervenção e já foi realizada a primeira intervenção. Posteriormente foram agendadas datas para realização dos próximos atendimentos, sendo as ligações de seguimento realizadas de forma pró-ativa pelo serviço. As datas agendadas para a realização das intervenções subsequentes foram de 7, 14 e 28 dias após a primeira ligação. Portanto, após 28 dias da primeira aplicação das escalas elas foram reaplicadas com vistas a avaliar a mudança de comportamento dos pais após intervenção. De acordo com Fig 1.

A intervenção realizada foi a aplicação da entrevista breve motivacional com o objetivo de auxiliar os pais a mudarem seus comportamentos de risco, na direção de praticas parentais mais protetivas. A IBM foi aplicada para mudança das praticas parentais de acordo com a avaliação individual, medida pelo Inventário dos Estilos Parentais. Assim, os pais eram motivados a modificarem os comportamentos de risco detectados pela escala e incentivados a manter os comportamentos protetivos. A intervenção era realizada de acordo com a avaliação do estágio motivacional que se encontrava o familiar, medido pela LADDER (BIENER E ABRAMS, 1991). De acordo com Fig 2.

Após a primeira ligação foi enviado aos participantes do estudo, um material informativo de auto-ajuda: “Drogas: Cartilha para Pais de Adolescentes” elaborada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas da Presidência da República (BRASIL, 2007).

Tabela1: Objetivos das Ligações de Seguimento

	Grupo Experimental
1º dia	- Explicar sobre o funcionamento do Programa - Aplicar Escalas - Informação sobre os prejuízos do uso de drogas na adolescência. - IBM para motivar para engajamento dos pais na prevenção do uso de drogas
7º dia	-IBM para aumentar as práticas educativas positivas, de acordo com o que foi avaliado pelo IEP. Considerando o estágio motivacional.
14º dia	-IBM para diminuir práticas parentais de risco, de acordo com o que foi avaliado pelo IEP. Considerando o estágio motivacional.
28º dia	-Aplicação das Escalas

Tabela 2: Intervenção de acordo com o Estágio Motivacional

ESTÁGIO MOTIVACIONAL	META	PROCEDIMENTO
PRÉ-CONTEMPLAÇÃO	Levar o familiar a considerar seriamente a mudança	-Evitar rótulos, confrontação ou conselhos. -Oferecer informação e feedback personalizado para despertar atenção para o problema; amplificar a percepção do familiar quanto aos riscos e problemas do comportamento atual.
CONTEMPLAÇÃO	Uma considerável avaliação que leve a decisão de mudança	-Balança decisional (vantagens e desvantagens em manter determinado comportamento). -Fortalecer a confiança (auto-eficácia) para mudar o comportamento atual.
DETERMINAÇÃO	Construir um plano de ação que o familiar considere aceitável e possível de ser realizado a curto prazo	-Fortalecer o comprometimento e a motivação para mudar (verificar os motivos à mudança. Encorajar e motivar à ação). -Avaliar o nível de dificuldade para realizar a mudança.
AÇÃO/MANUTENÇÃO	Colocar em prática estratégias/ações para a mudança. Se necessário revisar o planejamento.	-Identificar passos e habilidades necessárias para a mudança (a mudança é gradual). -Verificar a adequação do planejamento.

Instrumentos

Para a realização deste estudo será utilizada a estrutura do *Call Center* do Ligue 132 - *Call Center* com capacidade de 20 estações de atendimento, 24 horas por dia. O Serviço é anônimo e gratuito para toda a população brasileira.- Software específico que permite: protocolar as chamadas dos pais e resgatar informações gravadas. O software contém instrumentos de aferição das variáveis do estudo, os quais serão aplicados durante o atendimento telefônico.

Protocolo Geral Informatizado de Atendimento: para obter dados gerais do cliente, como sexo, idade, estado civil, profissão, renda familiar, grau de escolaridade e Estado assim

como dados sobre a classificação da pergunta, incluindo centros de tratamento, informações sobre drogas, material informativo e droga utilizada pelo cliente.

Inventário de Estilos Parentais: Esse instrumento avalia o estilo parental, ou seja, as estratégias e técnicas utilizadas pelos pais para educar os filhos, por meio de sete práticas educativas, sendo cinco vinculadas ao desenvolvimento do comportamentos de risco: negligência, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico; e duas relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos protetivos: comportamento moral e monitoria positiva. A negligência ocorre quando os pais não estão atentos às necessidades de seus filhos, ausentam-se das responsabilidades e interagem sem afeto. A punição inconsistente se dá quando os pais punem ou reforçam os comportamentos de seus filhos de acordo com o seu humor, de forma não contingente ao comportamento da criança. A monitoria negativa caracteriza-se pelo excesso de fiscalização dos pais sobre a vida dos filhos e pela grande quantidade de instruções repetitivas, as quais não são seguidas pelos filhos. Na disciplina relaxada verifica-se o não cumprimento de regras estabelecidas pelos pais. Eles ameaçam os filhos e, quando se confrontam com comportamentos opostos e agressivos, omitem-se, não fazendo valer as regras que eles próprios determinaram. Considera-se abuso físico quando os pais machucam ou causam dor a seus filhos com a justificativa de que os estão educando. O comportamento moral refere-se a uma prática educativa pela qual os pais transmitem valores, como honestidade, generosidade e senso de justiça aos filhos, auxiliando-os na discriminação do certo e do errado por meio de modelos positivos, dentro de uma relação de afeto. O Inventário é composto de 42 questões, sendo que cada uma consta de uma frase à qual o pai/mãe deve responder indicando a frequência com que ele age(ia) conforme a situação descrita na frase. Assim, responde-se: nunca: se em 10 ocasiões, ele(a) agiu daquela forma de 0 a 2 vezes; às vezes: se em 10 ocasiões, ele(a) agiu daquela forma de 3 a 7 vezes e sempre: se em 10 ocasiões, ele(a) agiu daquela forma de 8 a 10 vezes. Os escores obtidos através das respostas são interpretados como estilo parental ótimo, regular acima da média, regular abaixo da média e de risco (Gomide, 2006).

Escala ContemplationLadder: Este instrumento avaliou o estágio de motivação para mudança do comportamento dos pais frente ao adolescente, por meio de 5 afirmações que identificam o estágio de prontidão para mudança (Biener e Abrams, 1991).

Descrição e Discussão do Acompanhamento

Identificação

Joana, 40 anos, é mãe de uma adolescente de 12 anos. De acordo com os dados de identificação fornecidos, reside no interior do Ceará e possui ensino fundamental incompleto. Além disso, referiu nunca ter casado e ter sido sempre a responsável pelo sustento familiar, com uma renda mensal de até 2 salários mínimos. Contatou o serviço pois queria denunciar o consumo de drogas na escola onde a filha estuda. Por questões éticas, os nomes dos participantes do estudo foram alterados.

Relato da primeira ligação

Joana gostaria de denunciar o consumo de drogas no colégio da sua filha, pois se preocupava que ela viesse a experimentar alguma substância psicoativa por influência dos pares. Segundo o relato da mãe, a filha nunca havia utilizado álcool, tabaco e nem outras drogas. Quanto questionada em relação a problemas de conduta, a mãe negou qualquer ocorrência familiar, escolar ou social. Por outro lado, Joana conta ter dificuldade de conversar com a filha, descrevendo a relação delas como “distante” (SIC). Como o Ligue 132 não é responsável por realizar denúncias, lhe foi indicado o órgão responsável por atender esta demanda. Por outro lado, ao observar a preocupação da mãe com o envolvimento precoce da filha com o uso de drogas também foi lhe oferecido a participação no programa de prevenção. Ela demonstrou pronto interesse, justificando não sentir-se preparada para conversar com a filha sobre estas questões. Confessa ter receio de que ao conversar com a filha, possa estar estimulando o seu consumo. Além de que, sente-se muito sozinha na tarefa de educar a filha por não poder contar com o pai da menina, que a abandonou na acasão de seu nascimento.

Após o esclarecimento detalhado da operacionalização do programa de prevenção, bem como de seus objetivos, foram colhidos os seus dados socio demográficos e aplicadas as escalas (IEP e LADDER). O propósito do primeiro contato telefonico é motivar o engajamento do familiar no programa de prevenção ao uso de drogas na adolescência através de infomarcões sobre os riscos deste envolvimento precoce (BREYER E WINTERS, 2012; BAVA & TAPERT, 2010; MEIER et al, 2012; ANDREWS et al, 2008, JAMES, JAMES & THWAITES, 2013; WITTCHEN et al, 2007, FERGUSON & BODEN, 2008). A primeira ligação também tem como objetivo, colher dados sobre as praticas parentais de risco e protetivas, através das escalas, com vistas a ter subsidios para intervir nas ligações de seguimento.

De acordo com a escala LADDER (BIENER AND ABRAMS, 1991), Joana encontrava-se em estágio de contemplação em relação à mudança de suas práticas parentais,

ou seja, quando o sujeito está pensando na possibilidade de mudança. No Inventário dos Estilos Parentais ela foi classificada, de acordo com o escore, com o Estilo Parental Regular Abaixo da Média. Nas práticas educativas positivas, monitoria positiva e comportamento moral, evidenciou pontuação 11 e 8 respectivamente (considerando que a pontuação desejada para um estilo parental ótimo seria 12 pontos em cada um dos itens). Em relação as práticas educativas: as práticas que obtiveram pontuação foram abuso físico, punição inconsistente e monitoria negativa: 4, 3 e 8 respectivamente (considerando que a pontuação desejada para um estilo parental ótimo seria 0 em cada um dos itens).

Ao final da primeira ligação foi solicitado o endereço da familiar para ser encaminhado o material informativo. Esta cartilha possui informações sobre as drogas em geral e sobre as atitudes que podem ser adotadas na educação de seus filhos para que, mais adiante, eles tenham menos chances de virem a abusar de drogas.

Relatos das ligações de seguimento

Ligação de seguimento de 7 dias

O ligação de 7 dias, assim como as demais de seguimento, foram realizadas de forma proativa por uma equipe especialmente capacitada do “Ligue 132”. O objetivo desta primeira ligação de seguimento foi intervir nas práticas positivas, no sentido de motivar Joana a aumentar a frequência deste tipo de comportamento protetivo. Na aplicação da escala, na primeira ligação, foi detectado que ela apresentava um bom escore de monitoria positiva e necessita melhorar o comportamento moral.

Inicialmente foram valorizados os comportamentos relacionados a monitoria positiva desenvolvidos por Joana, uma vez que existem muitos estudos que mostram que monitoramento parental está fortemente associado a redução do uso de drogas (FOSCO et al, 2012; RYZIN, FOSCO e DISHION, 2012, CHASSIN et al, 2005, PAIVA & RONZANI, 2009). Ressaltando que esse monitoramento deve estar associado a uma boa qualidade na relação familiar, maior frequência na comunicação (KONING et al, 2012) e o estabelecimento de um clima emocional que sirva de suporte para a resolução dos problemas vivenciados pelos adolescentes (PAIVA & RONZANI, 2009).

A prática parental que precisava ser modificada era o comportamento moral, ou seja, transmissão de valores através da discriminação do certo e do errado por meio de modelos positivos. Darling e Steinberg (1993) apontam para a importância da comunicação sobre as expectativas negativas parentais a respeito do uso de drogas, marcando a relevância da transmissão de valores para a minimização do efeito do grupo de amigos usuários. No caso da

Joana ficou claro que as suas dificuldades eram referentes ao diálogo com a filha exatamente sobre o tema do uso de drogas. Através da EBM foram feitas intervenções psicoeducativas no sentido de auxiliar que a mãe refletisse sobre este comportamento, com o intuito que ela caminhasse nos estágios motivacionais em direção a preparação para a mudança. Como ao longo do atendimento ela evidenciou estar em preparação para a mudança já foram pensadas estratégias para modificação deste comportamento. Joana concluiu que para conseguir ajudar a filha a não utilizar drogas, ela deveria conversar com a filha sobre os riscos envolvidos, além de deixar claro o seu posicionamento de desaprovação. Desta forma, estaria contribuindo para aumentar o desempenho das práticas parentais positivas, aumentando o fator de proteção.

Ligação de seguimento de 14 dias

No início da ligação foram retomadas as práticas parentais positivas, trabalhadas no último contato. Joana refere que a última conversa lhe ajudou bastante a se aproximar da filha, uma vez que tentou dialogar com ela sobre os receios que tinha em relação as drogas. Relatou ter tentado manter uma conversa aberta, sem preconceitos e com espaço para escutar as opiniões da filha, conforme a nossa orientação. Deixando bem clara a sua expectativa negativa em relação ao uso de drogas da adolescência.

O principal objetivo da ligação de seguimento de 14 dias foi intervir nas práticas parentais negativas, no sentido de motivar Joana a diminuir a frequência deste tipo de comportamento de risco. Na aplicação da escala, na primeira ligação, foi detectado que ela apresentava algumas práticas de risco para o uso de drogas como: abuso físico, punição inconsistente e monitoria negativa. Práticas educativas características de um estilo parental mais autoritário, descrito por Baumrind (1967) como aqueles que adotam um modelo educacional baseado no cumprimento de regras rígidas, restrição do diálogo e ênfase na disciplina através do controle parental. Os pais com tendência superproterea evidenciam uma associação muito forte com o uso regular de álcool pelos adolescentes. Ela conta que acaba sendo muito fiscalizadora e, por vezes, intrusiva pois tem muito medo que a filha se envolva em problemas. Relaciona esse comportamento com a sua infância muito “desgastada” e com o fato dela não ter a ajuda do pai da sua filha para lhe auxiliar na educação dela. Relatou um episódio onde a filha saiu para um aniversário e não retornou no horário combinado. Refere que ficou muito preocupada e quando a filha voltou para casa, ela acabou agredindo a filha com duas "chineladas" e a menina fugiu de casa por algumas horas. Aproveitando o exemplo,

foram passadas informações sobre as práticas paretais de abuso físico, punição inconsistente e monitoria negativa como estando mais associadas a filhos usuários de drogas (ALVARENGA & PICCININI, 2001). Uma postura rígida de proibição por parte dos pais pode ser um fator motivador da transgressão por parte do adolescente (MAGALHÃES & FONTES, 2007).

Considerando que ela se encontrava no estágio de contemplação para a mudança (de acordo com a LADDER), foi realizada uma balança decisional para analisar os prós e os contras relacionados a modificação destes comportamentos. Em relação a monitoria negativa ela acredita que se não for tão fiscalizadora a filha irá “abusar dela” e começará a desobedecê-la. Por outro lado, ela observa que quando sua conduta é muito rígida a filha tende a se afastar, se fechar para o diálogo e fazer coisas escondidas dela. O clima da relação fica estressante e desarmônico. Após poderar os dois lados, Joana opta por se mover em direção a mudança de comportamento para o estágio de preparação. Logo, foram conversadas estratégias para modificação destes comportamentos. Ela chegou a conclusão que precisava confiar mais na filha e dar “mais espaço”(sic) para que ela ter a intimidade dela. Joana diz ter compreendido que o diálogo deve ser uma via de mão dupla e “não só um fala e outro escuta”(sic).

Ligação de seguimento de 28 dias

No início da ligação, foram retomadas as práticas educativas positivas e negativas trabalhadas nos contatos anteriores. Ela relata que gostou muito do acompanhamento e que aprendeu principalmente sobre como deve conversar com sua filha para tê-la mais próxima. Nesta ocasião foram replicados todas as escalas: IEP e LADDER. Verificou-se um aumento do índice do estilo parental, sendo classificado como Estilo Parental Ótimo. Nas práticas educativas positivas, monitoria positiva e comportamento moral, evidenciou pontuação 11 e 8 respectivamente (considerando que a pontuação desejada para um estilo parental ótimo seria 12 pontos em cada um dos itens). Além disso, as práticas positivas de monitoria positiva e comportamento moral aumentaram: escore 12 e 10 respectivamente (considerando que a pontuação desejada para um estilo parental ótimo seria 12 em cada um dos itens). As práticas negativas de abuso físico, punição inconsistente e monitoria negativa reduziram: 0, 0 e 5 respectivamente (considerando que a pontuação desejada para um estilo parental ótimo seria 0 em cada um dos itens). O que evidencia que a EBM ajudou a modificar os fatores de risco e proteção parentais no sentido de proteger os filhos do envolvimento precoce com o uso de drogas.

Considerações Finais

Joana representou, neste estudo, os demais pais de adolescentes que ligaram para o Ligue 132 e, através do programa de prevenção, puderam refletir sobre as condutas que podem levar os filhos a ficarem mais vulneráveis ou mais protegidos do envolvimento precoce com o uso de drogas.

O modelo do programa de prevenção pelo telefone, delineado de acordo com a demanda e com objetivos definidos para cada seguimento, propiciou que Joana reduzisse as suas práticas parentais de risco e aumentasse as suas práticas parentais protetivas. Essa intervenção delineada, especialmente para reduzir fatores de risco e aumentar os fatores de proteção parentais, focada na avaliação dos estágios motivacionais e posterior utilização da entrevista motivacional, oferece um importante instrumento de trabalho para a área da prevenção. Logo, deve ser melhor explorado em pesquisas futuras.

Referências Bibliográficas

- ALVARENGA, P.; PICCINICI, C. Práticas Educativas Maternas e Problemas de Comportamento em Pré-Escolares *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3): pp. 449-460, 2001.
- ANDREWS, J. A. et al. The effect of early cognitions on cigarette and alcohol use during adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, v. 22, n. 1, p. 96–106, 2008.
- BANDURA, A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
- BAUMAN K., ENNETT S., FOSHEE V., PEMBERTON M., KING T., KOCH G. The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol use. *American journal of public health*. *American Journal of Public Health*, v. 91, n. 4, p. 604–610, 2001.
- BAUMRIND, D. EFFECTS OF AUTHORITATIVE PARENTAL CONTROL ON CHILD BEHAVIOR. *Child Development*, v. 37, n. 4, p. 887–907, 1966.
- BAVA, S.; TAPERT, S. F. Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems *Neuropsychology Review*, 2010.

BIENER, L., & ABRAMS, D. B. The contemplation Ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Journal Health Psychology*, 10, 360–365. 1991.

BORTOLON, C.; MACHADO, C.; FERIGOLO, M.; BARROS, H. Abordagem Motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone: um estudo de caso Motivational Approach byphone for family member of drug user: A case study. *Contextos Clínicos*, v. 6, p. 157–163, 2013.

BREYER, J.; WINTERS, K. ADOLESCENT BRAIN DEVELOPMENT : IMPLICATIONS FOR DRUG USE PREVENTION. Center for Substance Abuse Research Department of Psychiatry, University of Minnesota. Disponível em: <www.mentorfoundation.org>.

CARLINI E, NOTO A, SANCHEZ Z, CARLINI C, LOCATELLI D, AMATO T. VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes públicas e privadas de ensino nas 27 capitais brasileira. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 2010.

CHASSIN, L. et al. Parenting Style and Smoking-Specific Parenting Practices as Predictors of Adolescent Smoking Onset. *Journal of Pediatric Psychology*, vol30, n.4, p. 333-344, 2005.

CLEVELAND M.; COLLINS L.; LANZA, S.; GREENBERG M. and FEINBERG, M. Does individual risk moderate the effect of contextual-level protective factors? A latent class analysis of substance use. *Journal of prevention & intervention in the community*, v. 38, n. 3, p. 213–28, 2010.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, v. 113, n. 3, p. 487–496, 1993.

DRETZKE J.; DAVENPORT C.; FREW E.; BARLOW J.; STEWART-BROWN S.; BAYLISS S.; TAYLOR RS.; SANDERCOCK J.; HYDE C. The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, v. 3, n. 1, p. 7, 2009.

FERGUSON, D. M.; BODEN, J. M. Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, v. 103, n. 6, p. 969–976, 2008.

FERNANDES S.; FERIGOLO M.; BENCHAYA M.; MOREIRA T.; PIEROZAN P.; MAZONI C.; BARROS H.; Brief Motivational Intervention and telemedicine: A new perspective of treatment to marijuana users. *Addictive Behaviors*, v. 35, n. 8, p. 750–755, 2010.

FOSCO G.; STORMSHAK E.; DISHION T.; WINTER C. Family relationships and parental monitoring during middle school as predictors of early adolescent problem behavior. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, v. 41, n. 2, p. 202–13, 2012.

FOXCROFT D.; IRELAND D.; LISTER-SHARP DJ.; LOWE G.; BREEN R.. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: A systematic review *Addiction*, 2003.

GOMIDE, P. I. C. Inventário de estilos parentais: Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. Petrópolis: Vozes, 2006.

GORE, F. M. et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *The Lancet*, v. 377, n. 9783, p. 2093–2102, 2011.

JAMES, A.; JAMES, C.; THWAITES, T. The brain effects of cannabis in healthy adolescents and in adolescents with schizophrenia: a systematic review. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, v. 214, p. 181–189, 2013.

KONING I. M., VAN DEN EIJNDEN RJ.; VERDURMEN JE.; ENGELS RC.; VOLLEBERGH WA.. A cluster randomized trial on the effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents four years after baseline; no evidence of catching-up behavior. *Addictive Behaviors*, v. 38, p. 2032–2039, 2013.

KUMPFER, K. L.; ALVARADO, R.; WHITESIDE, H. O. Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention. *SUBSTANCE USE & MISUSE*, v. 38, p. 11–13, 2003.

KUNZ, F. M.; FRENCH, M. T.; BAZARGAN-HEJAZI, S. Cost-effectiveness analysis of a brief intervention delivered to problem drinkers presenting at an inner-city hospital emergency department. *Journal of studies on alcohol*, v. 65, n. 3, p. 363–70, 2004.

LARANJEIRA R, MADRUGA C, PINSKY I, CAETANO R, RIBEIRO M, MITSUHIRO S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. São Paulo: INPAD – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas; 2014.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I; SANCHES M; ZALESKI M; CAETANO, R. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 3, p. 231–241, 2010.

MADRUGA, C. S. et al. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil — A national survey. *Addictive Behaviors*, v. 37, p. 1171–1175, 2012.

MAGALHÃES, I.; FONTE, C. Estudo Do Consumo De Drogas Na Adolescência E Os Estilos Educativos Parentais : Implicações Para Prevenção. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, n. 4, p. 320–330, 2007.

MALLETT K. A.; RAY AE.; TURRISI R.; BELDEN C.; BACHRACH RL.; LARIMER ME.. Age of Drinking Onset as a Moderator of the Efficacy of Parent- Based, Brief Motivational, and Combined Intervention Approaches to Reduce Drinking and Consequences Among College Students. *Alcohol ClinExp Res*. v.34(7), 2010.

MEIER H.; CASPIA A.; AMBLERE A.; HARRINGTON H.; HOUTSB R.; KEEFED R.; MCDONALDF K.; WARDF A.; POULTONF R.; MOFFITT, T. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, v. 109, n. 40, p. E2657–E2664, 2012.

MILLER, W. R; ROLLNICK, S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

NIDA. Nacional Institute on Drug Abuse. Preventing Drug Use among children and adolescents. a research based guide for parents, educator and community leaders. 2nd ed. Bethesda, 2003.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: Revisão sistemática. *PsicologiaemEstudo*, 2009.

PETRIE, J.; BUNN, F.; BYRNE, G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: A systematic review. *Health Education Research*, v. 22, n. 2, p. 177–191, 2007.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

RYZIN, M. J. VAN; FOSCO, G. M.; DISHION, T. J. Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors*, v. 37, p. 1314–1324, 2012.

SALES e FIGLE, Entrevista Motivacional. In. *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. DE S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência&Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 707–717, 2005.

UNODC, UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *World Drug Report*; New York; 2015.

WHO. *Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva: World Health Organization; 2014.

WITTCHEN, H.-U.; FRÖHLICH, C.; BEHRENDT, S.; GÜNTHER, A.; REHM, J.; ZIMMERMANN, P.; LIEB, R.; PERKONIGG, A. Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 88, p. 60–70, 2007.

WOOD, M.; FAIRLIE, A.M.; FERNANDEZ, A.C.; BORSARI, B.; CAPONE, C.; LAFORGE, R.; CARMONA-BARROS, R. Brief Motivational and Parent Interventions For College Students: A Randomized Factorial. *J Consult Clin Psychol*, 78(3): 349–361, 2010.

7. ANEXOS

7.1 MÉTODOS

Conforme os objetivos propostos, o presente trabalho inclui 2 artigos com metodologias específicas descritas nos artigos 1 e 2.

Artigo1: Randomized clinical trial to decrease risk factors and increase parental protective factors for drug use in adolescence: a pilot study.

Artigo 2: Abordagem Motivacional para Prevenção do Uso de Drogas com Pais de Adolescentes: um Estudo de Caso

7.2 PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

O projeto para realização do estudo foi avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA e aprovado conforme parecer consubstanciado (nº27079814.5.0000.5345) e registrado no ClinicalTrial (nºNCT02386280)

. Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa mediante leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo XXXX). A todos os entrevistados foi explicado o destino do conteúdo das entrevistas, seu uso exclusivo para fins de pesquisa e ressaltada sua livre contribuição para a realização deste estudo. Assim como garantido o anonimato, confidencialidade de seus dados pessoais, tendo o direito de interromper a participação no estudo em qualquer momento sem que houvesse prejuízo para si. Além disso, foi explicado o destino do conteúdo das entrevistas e seu uso exclusivo para fins de pesquisa.

Caso o cliente não queira participar da entrevista, ou queira desistir, a qualquer momento da participação do estudo, é esclarecido que ele não será prejudicado quanto a ligações futuras.

7.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O objetivo do presente trabalho é investigar se a IBM está associada com a mudança do estilo parental em pais de adolescentes que buscam prevenir o uso de drogas. Após a leitura e compreensão do consentimento informado e de sua permissão por escrito, será gravada sua voz para posterior avaliação. As amostras serão confidenciais e utilizadas exclusivamente neste projeto. Nenhum outro teste será realizado sem sua permissão por escrito. A sua participação neste estudo não lhe trará nenhum desconforto emocional ou físico, e também nenhum custo financeiro. Os resultados e informações sobre você não serão entregues a outras pessoas sem sua autorização. Você tem o direito de não participar desta pesquisa ou interromper a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

“Pelo presente Termo de Consentimento Informado, eu declaro que fui informado de forma clara, detalhada e livre de qualquer constrangimento ou obrigação, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, bem como dos riscos, desconfortos e benefícios do presente trabalho. Tive também a oportunidade de discutir e fazer perguntas sobre a pesquisa. Eu, voluntariamente concordo em participar deste estudo e declaro concordar com o acima exposto. Autorizo que os dados coletivos sejam utilizados para publicação. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso pedir orientação a Prof^ªDr^ª Helena MT Barros na UFCSPA (Rua Sarmiento Leite n^o 245 / telefone (51) 3303-8764). Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar Psicóloga Juliana Valente (Farmacologia e Toxicologia da UFCSPA – Rua Sarmiento Leite n^o 245 / telefone (51) 3303-8764 e Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, Rua Sarmiento Leite n^o 245 / telefone 3303-8741.

Declaro que recebi cópia do presente termo.

7.4 FLUXOGRAMA DA PRIMEIRA LIGAÇÃO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO

ACOLHIMENTO

O Serviço Ligue132 oferece um **programa de prevenção** para **pais de adolescentes**, pois entendemos que o papel dos pais é muito importante nesse processo. Para isso será feito um acompanhamento cuja primeira etapa terá uma duração de 6 semanas, com seguimentos semanais. Uma vez por semana, a nossa equipe entrará em contato - no momento do dia mais conveniente para você- para dar continuidade para esse programa.

O **objetivo** desse programa é informar, orientar e refletir sobre formas de auxiliar o seu filho a não se envolver com o uso de drogas. O foco maior desse acompanhamento serão as condutas dos pais e práticas educativas que podem deixar o seu filho mais protegido do envolvimento problemático com as drogas.

Você ficou com alguma duvida?

Você tem interesse em participar desse programa de prevenção?

**Caso o cliente aceite participar do programa siga a diante no fluxograma.*

**Caso contrario apenas atenda a demanda*

AUTORIZAÇÃO

Como necessitamos validar para o Brasil a efetividade desse programa, gostaríamos de saber se você autoriza que se utilize as suas informações para fins de pesquisa. Caso você não aceite, o seu acompanhamento não será prejudicado.

JUSTIFICATIVA

Para iniciarmos esse acompanhamento, é importante que você saiba que o envolvimento dos jovens com o uso de drogas pode ser muito prejudicial para o desenvolvimento emocional deles, isso porque o cérebro adolescente ainda não está maduro para lidar com a interação continuada com qualquer substância psicoativa, ainda está em processo de formação.

Os resultados de uma interação tão precoce entre drogas e adolescentes tende a ter consequências danosas, como:

- Imaturidade da Personalidade

**Como, por exemplo, dificuldade de lidar com frustrações e de enfrentar tarefas da vida adulta*

-Possíveis atrasos no desenvolvimento neurocognitivo,

**Como, por exemplo, queda no rendimento escolar e evasão escolar.*

- Risco de aumento de psicopatologias,

**Como, por exemplo, vir a desencadear transtorno mental como déficit de atenção, depressão e esquizofrenia.*

- Aumento da probabilidade de fazer um uso problemático de substâncias ou mesmo desenvolver dependência no futuro.

**Como, por exemplo, quanto antes ele começar a usar drogas mais chance ele tem de se tornar um*

PREENCHIMENTO DA ESCALA

O indivíduo nessa faixa etária está em processo de amadurecimento, precisando, portanto, de auxílio para tomar as decisões de sua vida.

Nesse contexto, **o papel dos pais ganha extrema relevância** no processo de tomada de decisão do indivíduo em relação ao uso de drogas, Assim como o modo como você se relaciona com o seu filho.

Por isso é importante que eu possa conhecer um pouco mais sobre a sua relação com o seu filho e suas práticas educativas e para isso eu vou te fazer algumas perguntas.

Preencher a planilha do Excel: “Modelo Programa de Prevenção”:

-INVENTÁRIO DOS ESTILOS PARENATAIS

-LADDER

DATAS DE SEGUIMENTO

Para poder auxiliar o seu filho a não se envolver com o uso de drogas é importante que você entenda que existem alguns comportamentos seus que podem protegê-lo ou deixá-lo mais vulnerável ao envolvimento com drogas e é sobre esses comportamentos que nós vamos falar nas próximas ligações.

O nosso serviço entrará em contato com você para dar seguimento a esse programa de prevenção, mas para isso é importante que você possa me fornecer o seu contato e qual o horário mais conveniente para que nós possamos entrar em contato. (Anotar no protocolo)

Nós Ligaremos para você novamente em 07 dias, 14 dias, 21 dias, 28 dias, 35 dias.

Sendo a próxima ligação no dia _____.

MATERIAL INFORMATIVO

Enviaremos um material informativo que lhe auxiliará nesse processo de auxiliar o seu filho na prevenção do envolvimento precoce com drogas. Neste material você encontrará informações sobre as drogas em geral e sobre as atitudes que podem ser adotadas na educação de seus filhos para que, mais adiante, eles tenham poucas chances de virem a abusar de drogas.

Parabéns por ter ligado!

Este é um passo muito importante para auxiliar o seu filha (a) na prevenção do envolvimento precoce dele com o uso de drogas.

7.5 FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO - INTERVENÇÃO EXPERIMENTAL (IBM)

7° DIA EXPERIMENTAL

Esse é o nosso segundo contato para conversarmos sobre formas de prevenir o uso e drogas do seu filho (a).

Como falamos na ligação anterior existem alguns comportamentos dos pais que podem deixar o jovem mais protegido ou mais vulnerável ao uso de drogas.

Nossa ideia no dia de hoje é falar um pouco sobre as atitudes que você pode tomar que podem deixar ele mais protegido.

*Identificar na aplicação anterior se o pai/a mãe apresentam **praticas educativas positivas**

*Em caso de sim, esses comportamentos devem ser valorizados. Informando que essas são condutas protetivas para o envolvimento dos jovens com uso de drogas.

*Em caso de não, identificar na aplicação anterior se o pai/a mãe apresentam **praticas educativas positivas**

*Investigar com os pais o que eles pensam a cerca dessas práticas (perguntas abertas e escuta reflexiva após a resposta)

* Na medida em que o familiar reconhece os prejuízos de tais condutas, reforçar e relacionar com o risco de envolvimento com drogas.



*PSICOEDUCAÇÃO: Informar sobre as consequências positivas de tais práticas de acordo com o quadro abaixo.



MONITORIA POSITIVA (1,8,15,22,29,36): Conjunto de práticas parentais que envolvem atenção e conhecimento dos pais acerca de onde seu filho se encontra e das atividades desenvolvidas por ele.

*Como, por exemplo, se o seu filho e você conversam sobre como foi o seu dia na escola ou sobre como foi a festa. Ou se você estabelece regras de convívio claras e as explica as razões dela sem brigar.

COMPORTAMENTO MORAL(2,9,16,23,30,37): Transmissão de valores, como honestidade, generosidade e senso de justiça aos filhos, auxiliando-os na discriminação do certo e do errado por meio de modelos positivos.

*Como, por exemplo, ensinar o seu filho a devolver objetos ou dinheiro que não lhe pertence, não colar em provas ou pedir desculpas quando faz algo de errado a alguém.



Ficaram claras as informações? Você tem alguma dúvida?



CONFIRMAR A DATA DO PRÓXIMO CONTATO

14° DIA EXPERIMENTAL

Esse é o nosso terceiro contato para conversarmos sobre formas de prevenir o uso de drogas do seu filho (a).

Na semana passada falamos sobre algumas práticas parentais positivas que sr/sra desempenham na educação dos seu filho/a.

Hoje nós vamos conversar sobre algumas outras práticas e pensar de que forma elas podem estar influenciando do desenvolvimento do seu filho e na vulnerabilidade dele para o envolvimento com drogas.

*Identificar na aplicação anterior quais **as práticas parentais de risco** para envolvimento com uso de drogas.

*Investigar com os pais o que eles pensam a cerca dessas práticas, ou seja, qual o estágio motivacional em que eles se encontram (perguntas abertas e escuta reflexiva após a resposta)

*Intervir de acordo com o estágio motivacional

Estimular reconhece os prejuízos de tais condutas, reforçar e relacionar com o risco de envolvimento com drogas. (intervir de acordo com o estágio de pré-contemplação ou contemplação).

***PSICOEDUCAÇÃO**: Informar sobre as consequências positivas de tais práticas de acordo com o quadro abaixo.

NEGLIGÊNCIA (4,11,18,25,32,39): ocorre quando os pais não estão atentos às necessidades de seus filhos, ausentam-se das responsabilidades, omitem-se de auxiliar seus filhos, ou simplesmente quando interagem sem afeto.

ABUSO FÍSICO (7,14,21,28,35,42): quando os pais machucam ou causam dor a seus filhos com a justificativa de que os estão educando.

DISCIPLINA RELAXADA(5,12,19,26,33,40): verifica-se o não cumprimento de regras estabelecidas pelos pais. Eles ameaçam os filhos e, quando se confrontam com comportamentos opostos e agressivos, omitem-se, não fazendo valer as regras que eles próprios determinaram.

PUNIÇÃO INCONSISTENTE (3,10,17,24,31,38): Ocorre quando os pais punem ou reforçam os comportamentos de seus filhos de acordo com o seu humor, de forma não contingente ao comportamento da criança.

MONITORIA NEGATIVA(6,13,20,27,34,41): caracteriza-se pelo excesso de fiscalização dos pais sobre a vida dos filhos e pela grande quantidade de instruções repetitivas. Essa prática educativa produz um clima familiar hostil, estressado e sem diálogo, já que os filhos tentam proteger sua privacidade evitando falar com os pais sobre suas particularidades.

Ficaram claras as informações? Você tem alguma dúvida?

CONFIRMAR A DATA DO PRÓXIMO CONTATO

**28 DIA
EXPERIMENTAL**

Esse é o nosso último contato para conversarmos sobre formas de prevenir o uso e drogas do seu filho (a). Na semana passada falamos sobre... (fazer um resumo do que foi trabalhado no encontro anterior, destacando os comportamentos que foram identificados para serem modificados...)



PREENCHIMENTO DA ESCALA

Preencher a planilha do Excel: “Modelo Programa de Prevenção”:

-INVENTÁRIO DOS ESTILOS PARENATAIS

-LADDER



DEMANDA

Você tem alguma dúvida de como o uso de drogas pode prejudicar o desenvolvimento do seu filho?



**REALIZAR UM FECHAMENTO DESTA ETAPA E COLOCAR O LIGUE 132 DISPONÍVEL
PARA DÚVIDAS FUTURAS**

7.6 FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO-GRUPO CONTROLE

**7° DIA
CONTROLE**

Esse é o nosso segundo contato para conversarmos sobre as formas de tentar prevenir o uso de drogas do seu filho (a). Como falamos na ligação anterior existem alguns comportamentos dos pais que podem deixar o jovem mais protegido ou mais vulnerável ao uso de drogas. Nossa ideia no dia de hoje é falar um pouco sobre as atitudes que você pode tomar que podem deixar ele mais protegido.

PSICOEDUCAÇÃO: informar sobre **Práticas Educativas Positivas**

MONITORIA POSITIVA: Conjunto de práticas parentais que envolvem atenção e conhecimento dos pais acerca de onde seu filho se encontra e das atividades desenvolvidas por ele.

*Como, por exemplo, se o seu filho e você conversam sobre como foi o seu dia na escola ou sobre como foi a festa. Ou se você estabelece regras de convívio claras e as explica as razões dela sem brigar.

COMPORTEAMENTO MORAL: Transmissão de valores, como honestidade, generosidade e senso de justiça aos filhos, auxiliando-os na discriminação do certo e do errado por meio de modelos positivos.

*Como, por exemplo, ensinar o seu filho a devolver objetos ou dinheiro que não lhe pertence, não colar em provas ou pedir desculpas quando faz algo de errado a alguém.

DEMANDA

Ficaram claras as informações? Você tem alguma dúvida?

CONFIRMAR A DATA DO PRÓXIMO CONTATO

**Parabéns por estar fazendo parte desse programa!
Este é um passo muito importante para auxiliar o seu filho (a) na prevenção do
envolvimento precoce dele com o uso de drogas.**

**14° DIA
CONTROLE**

Esse é o nosso terceiro contato para conversarmos sobre formas de prevenir o uso e drogas do seu filho (a).

Na semana passada falamos sobre as práticas parentais positivas

Hoje nós vamos conversar sobre algumas outras práticas e pensar de que forma elas podem estar influenciando do desenvolvimento do seu filho e na vulnerabilidade dele para o envolvimento com drogas.



PSICOEDUCAÇÃO: Informar as Práticas parentais de Risco

NEGLIGÊNCIA: ocorre quando os pais não estão atentos às necessidades de seus filhos, ausentam-se das responsabilidades, omitem-se de auxiliar seus filhos, ou simplesmente quando interagem sem afeto.

*Como, por exemplo, quando o seu trabalho atrapalha na atenção que tu fornece ao teu filho e na possibilidade de diálogo entre vocês.

ABUSO FÍSICO: quando os pais machucam ou causam dor a seus filhos com a justificativa de que os estão educando.

*Como, por exemplo, se você é agressivo com o seu filho, batendo nele com cinta ou objetos que machuquem.

DISCIPLINA RELAXADA: verifica-se o não cumprimento de regras estabelecidas pelos pais. Eles ameaçam os filhos e, quando se confrontam com comportamentos opostos e agressivos, omitem-se, não fazendo valer as regras que eles próprios determinaram.

*Como, por exemplo, quando você manda o seu filho arrumar o quarto e ele não o faz, você “deixa pra lá”.

PUNIÇÃO INCONSISTENTE: Ocorre quando os pais punem ou reforçam os comportamentos de seus filhos de acordo com o seu humor, de forma não contingente ao comportamento da criança.

*Como, por exemplo, quando estou alegre não me importo com as coisas de errado que o meu filho faça.

*Ou, por exemplo, castigar ele quando estou nervosa.

MONITORIA NEGATIVA: caracteriza-se pelo excesso de fiscalização dos pais sobre a vida dos filhos e pela grande quantidade de instruções repetitivas. Essa prática educativa produz um clima familiar hostil, estressado e sem diálogo, já que os filhos tentam proteger sua privacidade evitando falar com os pais sobre suas particularidades.

*Como, por exemplo, se meu filho vai a uma festa somente quero saber se ele bebeu, se fumou ou se estava na companhia daquele grupo de maus elementos.

Ficaram claras as informações? Você tem alguma dúvida?



CONFIRMAR A DATA DO PRÓXIMO CONTATO

**28° DIA
CONTROLE**

Esse é o nosso quarto contato para conversarmos sobre formas de prevenir o uso e drogas do seu filho (a).

Na semana passada falamos sobre algumas práticas parentais de risco para envolvimento do seu filho com uso de drogas.

Hoje nós vamos conversar sobre outras práticas parentais de risco que podem influenciar do desenvolvimento do seu filho e deixá-lo vulnerável para se envolver com o uso de drogas.



PSICOEDUCAÇÃO: Informar sobre a ADOLESCÊNCIA

*Etapa transição da infância para a vida adulta

*Fase de experimentação

*Confrontação com as figuras parentais

*Constituição da identidade adulta



DEMANDA

Ficaram claras as informações? Você tem alguma dúvida?



PREENCHIMENTO DA ESCALA

Preencher a planilha do Excel: "Modelo Programa de Prevenção":

-INVENTÁRIO DOS ESTILOS PARENATAIS

-LADDER

REALIZAR UM FECHAMENTO DESTA ETAPA E COLOCAR O LIGUE 132 DISPONÍVEL



7.7 PROTOCOLO GERAL DE ATENDIMENTO

PROTOCOLO N.º: __ / __ Horário: Início _____

Término _____

DATA: ____/____/ _ Consultor: _____

CLASSIFICAÇÃO DA PERGUNTA:

PERGUNTA: (registrar por extenso):

TIPO DE PERGUNTA (selecionar):

- 1. Informações sobre drogas ()
- 2. Centros de tratamento (público ou particular) ()
- 3. Solicitação de material informativo ()
- 4. Outras ()
- 5. Perda ()
- 6. Retorno ()

DROGAS (selecionar):

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 1. Álcool | 7. Êxtase |
| 2. Alucinógenos | 8. GHB |
| 3. Anabolizantes esteróides | 9. Maconha |
| 4. Ansiolíticos | 10. Opióides/heroína |
| 5. Cocaína/Crack/merla | 11. Solventes/Inalantes |
| 6. Anfetaminas | 12. Tabaco |

13. Outras

RESPOSTA (registrar por extenso): _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (registrar por extenso): _____

CLASSIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE:

QUEM BUSCA A INFORMAÇÃO (selecionar):

1. Mãe (), 2. Pai (), 3. Esposa (), 4. Marido (), 5. Irmão (), 6. Irmã (), 7. Outro/Qual
() _____

O Sr.(a) alguma vez procurou ajuda ?

1. SIM ()

2. NÃO ()

LOCAL DA CHAMADA: Cidade: _____ UF: _____

PROFISSÃO: (selecionar)

1. Aposentado

2. Autônomo

5. Estudante

3. Desempregado

6. Profissional da Saúde

4. Do Lar

7. Profissional de outra área

ESTADO CIVIL: (selecionar)

1. Solteiro

3. Casado/vive com companheiro

2. Separado/divorciado

4. Viúvo

IDADE: _____

SEXO: M () F ()

RENDA FAMILIAR (salário mínimo): (selecionar)

1.1-5 (R\$ 350,00 a 1.750,00)

3. Mais de 10 (mais de R\$ 3.500,00)

2.5-10 (R\$ 1.750,00 a 3.500,00)

ESCOLARIDADE: (selecionar)

(1) Analfabeto (5) Ensino Médio Completo (2º grau)

(2) Ensino Fundamental Incompleto (1º Grau) (6) Superior incompleto
Grau)

(3) Ensino Fundamental Completo (1º Grau) (7) Superior completo

(4) Ensino Médio Incompleto (2º grau) (8) Curso Técnico

ENDEREÇO PARA ENVIO DE MATERIAL INFORMATIVO E OU CONTATOS
PORTERIORES:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: () _____ CEP: _____

DADOS PREVENÇÃO:

Sexo do filho

Idade do filho

Já utilizou alguma droga:

qual?

Está em dúvida se ele já utilizou alguma droga:

qual?

Apresenta problemas de condutas associadas ao uso? Quais?

Parentesco:

Uso de substâncias pelos familiares:

Classificar como uso, abuso ou dependência conforme relato.

7.8 INVENTÁRIO DOS ESTILOS PARENTAIS

<u>INVENTÁRIO DOS ESTILOS PARENTAIS</u>			
<p>Agora eu vou lhe ler algumas afirmações sobre comportamentos comuns entre pais e filhos e eu quero que você me diga com que frequência essas situações acontecem (se nunca, às vezes). O objetivo desse instrumento é compreender a maneira utilizada pelos pais na educação dos filhos. Não existe resposta certa ou errada. É importante que as questões sejam respondidas com sinceridade e tranquilidade. Escolha das alternativas a seguir aquelas que mais refletem a forma como você educa o seu filho no dia a dia.</p>			
NUNCA - 0	ÀS VEZES - 1	SEMPRE - 2	
			1ª dia 21ª dia 28ª dia
1. Quando o meu filho sai, ele conta espontaneamente onde vai			
2. Ensino meu filho a devolver objetos ou dinheiro que não pertencem a ele			
3. Quando meu filho faz algo de errado, a punição que aplico é mais severa de acordo com o meu humor			
4. Meu trabalho atrapalha a educação que dou ao meu filho			
5. Ameaço que vou castigar ou bater, mas depois não faço nada			
6. Critico qualquer coisa que meu filho faça, como o quarto estar desarrumado ou estar com os cabelos despenteados			
7. Bato com dinta ou com outros objetos nele			
8. Pergunto como foi o seu dia na escola e ouço atentamente			
9. Se meu filho olhar na prova, explico que é melhor tirar nota baixa do que enganar a professora ou a si mesma			
10. Quando eu estou alegre não me importo com as coisas erradas que meu filho faça			
11. Meu filho sente dificuldades de contar seus problemas para mim, pois vivo ocupado			
12. Quando castigo meu filho e ele pede para sair do castigo, após um período de insistência, deixo ele sair do castigo			
13. Quando meu filho sai de telefone procurando por ele muitas vezes			
14. Meu filho tem muito medo de apertar de mim			
15. Quando meu filho está triste ou aborrecido, interesso-me em ajudá-lo a resolver o problema			
16. Se meu filho estragar alguma coisa de alguém, ensino a contar o que fez e pedir desculpas			
17. Castigo-o quando estou nervoso, assim que passa a raiva, peço desculpas			
18. Meu filho fica sozinho em casa a maior parte do tempo			
19. Durante uma briga, meu filho xinga ou grita comigo e, então, eu o deixo eu paz			
20. Controlo com quem meu filho fala ou sai			
21. Meu filho fica machucado fisicamente quando eu bato nele			
22. Mesmo quando estou ocupado ou viajando, telefono para saber como meu filho está.			
23. Aconselho meu filho a ler livros, revistas ou ver programas de TV que mostrem os efeitos negativos do uso de drogas			
24. Quando estou nervoso acabo descontando em meu filho			
25. Percebo que meu filho sente que não dou atenção a ele			
26. Quando mando meu filho estudar, arrumar o quarto ou voltar para a casa, e ele não obedece, eu "deixo pra lá"			
27. Especialmente nas horas das refeições, fico dando "brincas".			
28. Meu filho sente ódio de mim quando bato nele			
29. Após uma festa, quero saber se meu filho se divertiu			
30. Converso com meu filho sobre o que é certo ou errado no comportamento dos personagens dos filmes e programas de TV.			
31. Sou mal-humorado com meu filho			
32. Não sei dizer do que meu filho gosta			
33. Aviso que não vou dar um presente para meu filho caso não estude, mas, na hora H, fico com pena e dou o presente			
34. Se meu filho vai a uma festa, somente quero saber se bebeu, se fumou ou se estava com aquele grupo de maus elementos			
35. Sou agressivo com meu filho			
36. Estabeleço regras (o que pode e o que não pode ser feito) e explico as razões sem brigar			
37. Converso sobre o futuro do trabalho ou profissão de meu filho, mostrando os pontos positivos ou negativos de sua escolha			
38. Quando estou mal-humorado, não deixo meu filho sair com os amigos			
39. Ignoro os problemas de filho			
40. Quando meu filho fica muito nervoso em uma discussão ou briga. Ele percebe que isto me amedronta.			
41. Se meu filho estiver aborrecido, fico insistindo para ele contar o que aconteceu, mesmo que ele não queira contar			
42. Sou violento com meu filho			
Monitoria Positiva	0	0	0
Comportamento Moral	0	0	0
Negligencia	0	0	0
Abuso Físico	0	0	0
Disciplina Relaxada	0	0	0
Punição Inconsistente	0	0	0
Monitoria Negativa	0	0	0
Índice de Estilo Parental (IEP)	0	0	0

7.9 ESCALA DE PRONTIDÃO PARA MUDANÇA - LADDER

LADDER - ESCALA DE ESTÁGIO DE MUDANÇA			
Pensando que esse programa de prevenção tem como objetivo auxiliar os pais a desenvolverem práticas educativas que irão auxiliar os seus filhos a terem menos chances de virem a abusar de drogas: Qual dessas frases você pensa que mais reflete os seu momento atual." (Faça um X onde o familiar encontra-se neste momento)			
	1ª dia	21º dia	35º dia
Não penso em mudar as minhas práticas educativas em relação ao meu filho			
Penso que será necessário mudar as minhas práticas educativas algum dia.			
Penso em mudar as minhas práticas educativas, mas ainda não estou pronto			
Estou começando a pensar sobre como mudar as minhas práticas educativas em relação ao meu filho.			
Estou fazendo alguma coisa para mudar as minhas práticas educativas em relação ao meu filho.			

7.10 PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA:INTERVINDO NOS ESTILOS PARENTAIS.

Pesquisador: Helena Maria Tannhauser Barros

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27079814.5.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: ASSOCIAÇÃO MARIO TANNHAUSER DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA- AMTEPA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 574.724

Data da Relatoria: 20/03/2014

Apresentação do Projeto:

O contato precoce estabelecido entre os adolescentes e as drogas pode acarretar uma série de prejuízos para o desenvolvimento desses jovens. O cérebro juvenil ainda em processo de amadurecimento não se encontra preparado para lidar com a interação com as substâncias psicoativas, podendo acarretar atrasos no desenvolvimento neuropsicológico entre outras patologias. O programa de prevenção desenvolvido tem como objetivo intervir para a mudança do estilo parental em pais de adolescentes que buscam prevenir o uso de drogas entre seus filhos. O instrumento que será utilizado para tal intervenção será a entrevista breve motivacional, devido a sua fundamentada aplicabilidade no mudança de comportamento em tratamentos de dependentes químicos. Para isso delineou-se um ensaio clínico randomizado, onde o grupo experimental receberá a intervenção breve motivacional para modificação dos praticas parentais de risco e grupo controle receberá informações sobre o tema. Se for comprovada a eficácia da IBM na mudança dos estilos parentais, esta abordagem poderá ser uma importante aliada na prevenção do uso de drogas e dos transtornos dela decorrentes.

Objetivo da Pesquisa: Investigar se a intervenção breve motivacional está associada com a mudança do estilo parental em pais de adolescentes que buscam prevenir o uso de drogas entre seus filhos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Será realizado ensaio clínico controlado randomizado (Anexo 1). Os participantes serão divididos aleatoriamente para formação dos grupos controle (Anexo 2) e grupo intervenção (Anexo 3). Nos dois grupos no primeiro atendimento será explicado o funcionamento do programa de prevenção e serão agendadas datas para realização dos próximos atendimentos, sendo as ligações de seguimento realizadas de forma pró-ativa pelo serviço. Todas as entrevistas serão realizadas no VIVAVOZ. Este Serviço irá oferecer um programa prevenção ao uso de drogas na adolescência, voltado para pais de adolescentes com duração de 75 dias, portanto apresentando benefícios aos sujeitos de pesquisa e não se espera que ocorra danos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O projeto é adequado para responder a pergunta de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Projeto adequado.

Recomendações: Projeto adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Aprovar o projeto.

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Término do projeto 12/2015.

De acordo com o parecer do Relator.

7.11 MODELO DE CARTA ENVIADA AO CLIENTE

Porto Alegre, Data.

Sr (a) :

É com satisfação que recebemos sua ligação e agradecemos seu interesse em participar de um programa de prevenção ao uso de drogas na adolescência.

Estamos encaminhando a cartilha “Drogas: Cartilha para Pais de Adolescentes” as quais poderão ajudá-lo.

Iremos entrar em contato em breve para dar seguimento ao programa de prevenção.

Caso queira entrar em contato com o nosso serviço a qualquer momento fique à vontade. Quando ligar informe ao consultor o número do seu protocolo:

Atenciosamente,

Ligue 132

7.12 NORMAS EDITORIAIS PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO 1

7.12.1 Prevention Science Journal

Inquiries Editor: Catherine P. Bradshaw, Ph.D., University of Virginia

Inquiries regarding journal policy, manuscript preparation and other such general topics should be sent to the Managing Editor:

Sandy Lahn

journal@preventionresearch.org

Manuscript Submission Manuscripts should be in English and submitted to the Editor's Office via the journal's web-based online manuscript submission and peer-review system at <http://prev.edmgr.com>.

Acceptable formats for manuscripts are: Word, WordPerfect, RTF, TXT, and LaTeX.

Acceptable formats for figures (artwork) are: TIFF, GIF, JPEG, EPS, PPT, and Postscript.

Acceptable formats for supplemental materials are: o Text: ASCII, Word, PDF, HTML
o Tables: Excel, Word, HTML, XHTML, XML
o Audio and Video: AVI, MPG, Quicktime, RM, MP3, WAV; Animation: GIF, JPEG, Flash/Shockwave
o Images: GIF, JPEG, TIFF.

Publication Policies Submission

Submission is a representation that the manuscript has not been published previously and is not currently under consideration for publication elsewhere. A statement transferring copyright from the authors (or their employers, if they hold the copyright) to the Society for Prevention Research will be required after the manuscript is accepted for publication. The publisher will supply the necessary forms for this transfer during the publishing process. Such a written transfer of copyright, which previously was assumed to be implicit in the act of submitting a manuscript, is necessary under the U.S. Copyright Law in order for the publisher to carry through the dissemination of research results and reviews as widely and effectively as possible.

Manuscript Preparation

Manuscripts that fail to adhere to the page limits and formatting guidelines herein will be returned without review. Formatting and Paper Length

The manuscript should be prepared in accordance with the Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition, including the citing of references, formatting of tables, figures, metrics and the use of abbreviations, numbers and symbols. The manuscript should be double-spaced throughout, including the reference section. Please note

that we follow the APA recommendation of using a 12-Pt. Times New Roman font. The paper should not exceed 30 double-spaced typewritten pages INCLUSIVE of title page, abstract, references, tables and figures.

Review your submission for these elements

Order of manuscript pages:

-Title Page with all Author Contact Information & the corresponding author e-mail information.

-Abstract with keywords

-Manuscript

-Compliance with Ethical Standards

-References

-Tables and figures

Title Page

A title page on its own page listing the title of the paper and all authors with their academic or professional affiliations is required as the first page of the manuscript.

Abstract and Key Words

An abstract is to be provided on its own page and should contain no more than 250 words. A list of 3-5 descriptive key words (or phrases) is to be provided directly below the abstract. Key words should express the precise content of the manuscript, as they are used for indexing purposes.

Compliance with Ethical Standards section

Authors should include the following just before the References section. (See the section below entitled Compliance with Ethical Standards for descriptions and requirements of each):

-Funding (if applicable)

-Disclosure of potential conflicts of interest

-Ethical approval

-Informed consent

Tables and Figures

Tables and figures should be numbered and referred to by number in the text. Each table/figure should be typed on a separate page, included at the end of the document and should have a descriptive title.

Footnotes

Footnotes should be avoided. When their use is absolutely necessary, footnotes should be numbered consecutively using Arabic numerals and should be typed at the bottom of the page to which they refer. Place a line above the footnote, so that it is set off from the text. Use the appropriate superscript numeral for citation in the text.

Supplemental Materials

Appendices, images, audio and video clips, recordings, lengthy tables and figures that cannot be included in the main article because of page restrictions can be submitted as supplemental materials. Materials submitted in this manner are included for review during the submission process and are made available to the editors and reviewers. They are also made accessible exactly as submitted from the online version of the published article but are not included with the printed version. Supplemental materials should be referenced in the text by the words “(available online)”.

Page Charges

The journal makes no page charges. Reprints are available to authors, and order forms with the current price schedule are sent with proofs.

Ethical Responsibilities of Authors

This journal is committed to upholding the integrity of the scientific record. As a member of the Committee on Publication Ethics (COPE) the journal will follow the COPE guidelines on how to deal with potential acts of misconduct. Authors should refrain from misrepresenting research results which could damage the trust in the journal, the professionalism of scientific authorship, and ultimately the entire scientific endeavor. Maintaining integrity of the research and its presentation can be achieved by following the rules of good scientific practice, which include: The manuscript has not been submitted to more than one journal for simultaneous consideration. The manuscript has not been published previously (partly or in full), unless the new work concerns an expansion of previous work (please provide transparency on the re-use of material to avoid the hint of text-recycling (“self-plagiarism”). A single study is not split up into several parts to increase the quantity of submissions and submitted to various journals or to one journal over time (e.g. “salami-publishing”). No data have been fabricated or manipulated (including images) to support your conclusions. No data, text, or theories by others are presented as if they were the author’s own (“plagiarism”). Proper acknowledgements to other works must be given (this includes material that is closely copied (near verbatim), summarized and/or paraphrased), quotation marks are used for verbatim copying of material, and permissions are secured for material that is copyrighted.

Important note: the journal may use software to screen for plagiarism. Consent to submit has been received explicitly from all co-authors, as well as from the responsible authorities - tacitly or explicitly - at the institute/organization where the work has been carried out, before the work is submitted. Authors whose names appear on the submission have contributed sufficiently to the scientific work and therefore share collective responsibility and accountability for the results.

In addition: Changes of authorship or in the order of authors are not accepted after acceptance of a manuscript.

Requesting to add or delete authors at revision stage, proof stage, or after publication is a serious matter and may be considered when justifiably warranted. Justification for changes in authorship must be compelling and may be considered only after receipt of written approval from all authors and a convincing, detailed explanation about the role/deletion of the new/deleted author. In case of changes at revision stage, a letter must accompany the revised manuscript. In case of changes after acceptance or publication, the request and documentation must be sent via the Publisher to the Editor-in-Chief. In all cases, further documentation may be required to support your request. The decision on accepting the change rests with the Editor-in-Chief of the journal and may be turned down. Therefore, authors are strongly advised to ensure the correct author group, corresponding author and order of authors at submission.

Upon request authors should be prepared to send relevant documentation or data in order to verify the validity of the results. This could be in the form of raw data, samples, records, etc.

If there is a suspicion of misconduct, the journal will carry out an investigation following the COPE guidelines.

If, after investigation, the allegation seems to raise valid concerns, the accused author will be contacted and given an opportunity to address the issue.

If misconduct has been established beyond reasonable doubt, this may result in the Editor-in-Chief's implementation of the following measures, including, but not limited to: If the article is still under consideration, it may be rejected and returned to the author.

If the article has already been published online, depending on the nature and severity of the infraction, either an erratum will be placed with the article or in severe cases complete retraction of the article will occur. The reason must be given in the published erratum or retraction note. The author's institution may be informed.

Compliance with Ethical Standards

To ensure objectivity and transparency in research and to ensure that accepted principles of ethical and professional conduct have been followed, authors should include information regarding sources of funding, potential conflicts of interest (financial or non-financial), informed consent if the research involved human participants, and a statement on welfare of animals if the research involved animals.

Authors should include the following statements in a separate section entitled “Compliance with Ethical Standards” before the References when submitting a paper:

- Funding (if applicable)
- Disclosure of potential conflicts of interest
- Research involving Human Participants and/or Animals
- Informed consent

The corresponding author should be prepared to collect documentation of compliance with ethical standards and send if requested during peer review or after publication.

The Editors reserve the right to reject manuscripts that do not comply with the above mentioned guidelines.

The author will be held responsible for false statements or failure to fulfill the above-mentioned guidelines.

7.13 NORMAS EDITORIAIS PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO 2

A revista *Contextos Clínicos* está permanentemente aberta a submissões. *Contextos Clínicos* não cobra taxa de editoração (*articleprocessing charges - APC*) ou taxa de submissão de artigos. São aceitos para a publicação somente trabalhos originais **inéditos**, e que **não esteja sendo avaliado** para publicação em **outra revista**.

A *Contextos Clínicos* publica artigos relacionados à investigação na clínica psicológica em suas mais diversas formas teóricas e metodológicas. Abrange investigações empíricas e revisões críticas da literatura que tratam tanto da avaliação quanto da terapêutica psicológica.

Textos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol.

Para o manuscrito classificado nas categorias **relato de pesquisa** e **relato profissional** é exigido aprovação prévia de um Comitê de Ética. O conteúdo submetido é de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es).

Os artigos devem ser enviados eletronicamente, seguindo as etapas do sistema que tem por objetivo dar assistência à edição dos periódicos científicos em cada etapa do processo de editoração.

A publicação dos artigos está sujeita à aprovação prévia da Comissão Editorial da revista, após o que serão submetidos à avaliação do tipo *peerreview* feita por, pelo menos, dois pareceristas externos.

A aceitação final dos artigos depende dos seguintes critérios:

- Recomendação dos pareceristas;
- Efetivação dos ajustes necessários pelo(s) autores(es);
- E aprovação da Comissão Editorial, cuja resolução contemplará seis diferentes avaliações:
 1. Aceitar;
 2. Correções obrigatórias;
 3. Submeter novamente para avaliação;
 4. Enviar para outra revista;
 5. Rejeitar

6. Ver comentários

Importante:

- A *Contextos Clínicos* não se responsabiliza por conceitos e opiniões emitidos pelos autores.
- O envio espontâneo de qualquer submissão **implica automaticamente** a cessão integral dos direitos autorais à Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Recomendações:

- **Extensão:** O texto deverá ter extensão máxima de 25 páginas, com espaçamento de 1,5, incluídas referências bibliográficas e notas. **O título (no idioma original e em Inglês) devem conter no máximo 240 caracteres incluindo espaços.**
- **Imagens:** se o artigo contiver imagens fotográficas e/ou desenhos gráficos, esses deverão ser encaminhados em formato original (.jpeg, .png, .tiff) e em arquivos separados (não inseridos no interior do próprio texto), com **resolução mínima de 300 dpi**. No arquivo referente ao texto, deverá ser indicado através da inserção das **legendas (no idioma do artigo e também em Inglês)**, o local aproximado onde devem ser inseridas as figuras, gráficos, tabelas e/ou quadros.
- **Citações:** as citações no interior do texto devem obedecer às seguintes normas:
 - a. Um autor: (Leipnitz, 1987);
 - b. Dois autores: (Turner e Verhoogen, 1960);
 - c. Três ou mais autores: (Amaral *et al.*, 1966);
 - d. Trabalhos com o(s) **mesmo autor(es) e mesma data** devem ser distinguidos por letras minúsculas logo após a data. Ex: (Amaral, 2008a) (Amaral, 2008b);
- **Apresentação das citações:**
 - a. Citações com **menos de três linhas** deverão ser **incorporadas ao texto entre aspas**;
 - b. Citações com **mais de três linhas** deveram ser apresentadas **em parágrafo isolado, com espaçamento simples entre as linhas, corpo de 11 pt e recuo de 4 cm** da margem esquerda do texto.
- **Notas de rodapé:** As notas de rodapé devem ser usadas de forma **parcimoniosa**. Somente são permitidas notas de rodapé explicativas e **não são permitidas notas que contenham apenas referências. Estas deverão estar listadas, ao final do texto, no item 'Referências'**.
- **Não utilize** as expressões *op. cit;* *ibid;* *ibidem;* *id;* *idem*

- **Não utilize** a expressão *apud*, dê preferência pelo emprego da expressão *in*;
A matéria dos originais deverá conter, na seguinte ordem:
- **Título do texto:** Título no idioma do artigo e em Inglês. Se o artigo for **redigido em Inglês deve apresentar também o título em Português. Com no máximo 240 caracteres com espaço;**
- **Resumos:** no idioma do artigo e em inglês, em um único parágrafo, com até 20 linhas, acompanhado de três palavras-chave. Nos casos em que o **artigo é escrito em inglês**, solicita-se também a apresentação de **resumo e palavras-chave em português.**
- **Texto completo do artigo:** formatado em Times New Roman, 12 pt, espaçamento 1,5;
- **Referências:** as referências bibliográficas e de outra natureza devem ser listadas ao final do texto, em ordem alfabética, em 12 pt, espaçamento simples, como nos modelos abaixo:

Artigos em periódico:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. Título do artigo. *Título do periódico*, **volume**(número/fascículo): pág inicial-pág final.

Ex.: BENETTI, S.P.C.; ROOPNARINE, J.P. 2006. Paternal involvement with school-aged children in Brazilian families: Association with childhood competence. *Sex Roles*, **55**:669-678.

CASTRO, E.K.; MORENO-JIMÉNEZ, B.; CARVAJAL, R.R. 2007. Psychological well-being in adults transplanted in childhood. *Pediatric Transplantation*, **11**:272-278.

Artigos relativos a eventos:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. Título do trabalho. *In*: Nome do Congresso (Encontro, Simpósio, etc.), nº, cidade, ano. *Anais...* Cidade, Sigla. **volume**:pág inicial-pág final.

Ex.: De ALMEIDA, R.M.M.; VEIGA, C.P.; ROYER, C.P.; LUCION, A.B. 2005. Estudo do comportamento agressivo maternal após provocação social. *In*: FESBE-FEDERAÇÃO DE SOCIEDADES DE BIOLOGIA EXPERIMENTAL, 2005, Águas de Lindóia, *Anais...*, FESBE, **1**:20-21.

Artigos em coletânea:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. Título do artigo. *In:* Inicial(is) do nome. SOBRENOME (org.), *Título da coletânea*. Cidade, Editora, p. pág inicial-pág final.
 Ex.: GRANDO, A. 2003. Os reality shows. *In:* V. HOEWELL (org.), *Coletânea GT Produção de sentido nas mídias*. Pernambuco, UNICAD, p. 75-81.

Livros:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. *Título do livro*. ed., Cidade, Editora, total de páginas p.

Ex.: CAMINHA, R.M. 2003. *Psicoterapias cognitivo-comportamental*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 259 p.

RAMIRES, V.R.R.; SOUZA, R.M. 2006. *Amor, casamento, família, divórcio e depois, segundo as crianças*. São Paulo, Editora Summus, 240 p.

Capítulos de livros:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. Título do capítulo. *In:* Inicial(is) do nome. SOBRENOME (ed.), *Título do livro*. Cidade, Editora, p. pág inicial-pág final.

Ex.: BUKOWSKI, W.M.; LISBOA, C.S.M. 2005. Using qualitative methods to study friendships. *In:* N. WAY; J.V. HAMM. (eds.), *The experience of close friendships in adolescence*. São Francisco, John Wiley & Sons, p. 79-86.

Dissertações e Teses:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. *Título da tese*. Cidade, Sigla do Estado. Tipo de tese (mestrado, doutorado). Universidade, número total de páginas p.

Ex.: SÓLIA, B.M. 2002. *O jornalismo empresarial e o papel da recepção*. São Leopoldo, RS. Dissertação de mestrado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, 191 p.

TAGLIANI, C.R.A. 1997. *Proposta para o Manejo Integrado da Exploração de Areia no Município Costeiro de Rio Grande – RS. Um Enfoque Sistêmico*. São Leopoldo, RS. Dissertação de Mestrado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, 158 p.

Citações de Sites e textos eletrônicos:

- Caso seja possível identificar os autores de textos eletrônicos, a referência deve ser feita do seguinte modo:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. Título do texto. Disponível em: <http://>. Acesso em: dd/mm/aaaa.

Ex.: LENKER, A.; RHODES, N. 2007. Foreign Language Immersion Programs: Features and Trends Over 35 Years. Disponível em: <http://www.cal.org/resources/digest/flimmersion.html>. Acesso em: 28/04/2007.

* Neste caso, no corpo do texto, a referência é identificada por (Lenker e Rhodes, 2007).

- Se não for possível identificar os autores de textos eletrônicos, deve-se fazer a referência do seguinte modo:

FONTE/SITE. Ano de publicação. Título do texto. Disponível em: <http://>. Acesso em: dd/mm/aaaa.

Ex.: GLOBO ONLINE, O. 2006. Brasil será o país com mais sedes do Instituto Cervantes. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/cultura/mat/2006/10/25/286393283.asp>. Acesso em: 05/04/2008.

* No corpo do texto a citação será (O Globo Online, 2006).

- **Jornais e revistas, órgãos e instituições:**

- Todos os textos de jornais e revistas devem constar nas referências bibliográficas. Caso haja autor explícito, a referência é feita pelo seu sobrenome:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. Título do texto. Fonte (Órgão, Instituição, etc.). Sessão (Coluna, etc.). Cidade, dia mês (abreviado).

Ex.: MICELLI, S. 1987. Um intelectual do sentido. Folha de S. Paulo. Caderno Mais! São Paulo, 7 fev.

* No corpo do texto, indica-se (Micelli, 1987).

- Caso não haja um autor e o texto seja de responsabilidade do órgão, faz-se a referência assim: Fonte (Órgão, Instituição, etc.). Ano de publicação. Título do texto. Cidade, dia mês (abreviado), p. número da página.

Ex.: CORREIO DO POVO. 1945. Os métodos objetivos de verificação que empregamos no RS. Porto Alegre, 5 out., p. 14.

* No corpo do texto, indica-se (Correio do Povo, 1945).

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e **inédita**, e **não está sendo avaliada** para publicação **por outra revista**.
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word ou RTF.
3. A matéria dos originais deverá conter, na seguinte ordem:
 - Título no idioma do artigo e em inglês. Se o artigo for **redigido em Inglês deve apresentar também o título em Português**;
 - Resumo em até 20 linhas acompanhado de pelo menos três palavras-chave;
 - Abstract em inglês, acompanhado de pelo menos três keywords. Se o artigo for redigido em Inglês deve apresentar também o resumo em Português acompanhado de três palavras-chave;
 - Texto completo do artigo, escrito em Times New Roman, 12 pt, com espaçamento de 1,5;
 - Figuras, tabelas, quadros e gráficos devem incluir legenda no idioma do artigo e em inglês. As tabelas e ilustrações devem ser enviadas em seus arquivos originais (.jpeg, .png, .tiff) e em arquivos separados (não inseridos no interior do próprio texto), com **resolução mínima de 300 dpi**.
4. A identificação de autoria do trabalho foi **removida do arquivo**, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.:

artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação Cega por Pares.

5. As citações de **mais de 3 linhas** devem ser digitadas **em parágrafo isolado, com espaçamento simples entre as linhas, corpo de 11 pt e recuo de 4 cm** da margem esquerda do texto;

As citações de **até três linhas** devem integrar o corpo do texto e ser assinaladas entre aspas.

6. Inserir as notas do texto em fonte (tipo) Times New Roman (**não usar sublinhado e usar itálico só para grafia de palavras estrangeiras**), em corpo 9 pt, com espaçamento simples entre as linhas. As notas devem ser colocadas no pé de página, em modo de impressão (devem ficar visíveis na página).

As notas devem ser utilizadas como elemento explicativo e não para dar lugar às referências, que deverão estar apenas no item referências, ao final do texto.

7. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.

8. Referências

São consideradas referências somente as obras mencionadas no interior do texto.

As referências devem ser digitadas em fonte Times New Roman, em corpo 12 pt, com espaçamento simples entre as linhas e organizadas em ordem alfabética.

As referências, no fim do trabalho, devem ter os dados completos e seguir as normas para trabalhos científicos que estão publicadas no site da revista. Cada referência deve ocupar um parágrafo e deve estar separada por um espaço simples.

Exemplos: Artigos em periódico:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. Título do artigo. *Título do periódico*, volume(número/fascículo): pág inicial-pág final.

Artigos relativos a eventos:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. Título do trabalho. *In:* Nome do Congresso (Encontro, Simpósio, etc.), nº, cidade, ano. *Anais...* Cidade, Sigla. **volume:**pág inicial-pág final.

Artigos em coletânea:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. Título do artigo. *In:* Inicial(is) do nome. SOBRENOME (org.), *Título da coletânea*. Cidade, Editora, p. pag inicial-pág final.

Livros:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. *Título do livro*. ed., Cidade, Editora, total de páginas p.

Capítulos de livros:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. Título do capítulo. *In:* Inicial(is) do nome. SOBRENOME (ed.), *Título do livro*. Cidade, Editora, p. pag inicial-pág final.

Dissertações e Teses:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. *Título da tese*. Cidade, Sigla do Estado. Tipo de tese (mestrado, doutorado). Universidade, número total de páginas p.

Citações de Sites e textos eletrônicos:

- Autor identificado:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. Título do texto. Disponível em: <http://>. Acesso em: dd/mm/aaaa.

- Autor anônimo:

FONTE/SITE. Ano de publicação. Título do texto. Disponível em: <http://>. Acesso em:

dd/mm/aaaa.

Jornais e revistas, órgãos e instituições:

- Autor explícito:

SOBRENOME, Inicial(is) do nome. Ano de publicação. Título do texto. Fonte (Orgão, Instituição, etc.). Sessão (Coluna, etc.). Cidade, dia mês (abreviado).

- Autor anônimo:

Fonte (Orgão, Instituição, etc.). Ano de publicação. Título do texto. Cidade, dia mês (abreviado), p. número da página.