



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Bittencourt, Ana Luiza Portela; Garcia, Lucas França; Goldim, José Roberto
Social pressures and reactions of adolescent drug users in an outpatient clinic
Revista Bioética, vol. 28, núm. 2, 2020, Abril-Junio, pp. 297-306
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282392>

Disponibile en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570651013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

INVESTIGACIÓN

Presiones sociales y reacciones de los adolescentes consumidores de drogas en tratamiento ambulatorio

Ana Luiza Portela Bittencourt¹, Lucas França Garcia², José Roberto Goldim³

1. Departamento de Ensino, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-Rio-Grandense (IFRS), Gravataí/RS, Brasil. 2. Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá (Unicesumar), Maringá/PR, Brasil. 3. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre/RS, Brasil.

Resumen

Las medidas coercitivas y las presiones sociales pueden afectar a los pacientes y al tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. En este estudio se analizan las reacciones de los adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas ante situaciones potencialmente coercitivas durante el tratamiento. Los datos reunidos se analizaron con métodos mixtos. Las presiones sociales informales (48,1%) fueron el tipo de presión más frecuente. Las reacciones de los pacientes se clasificaron como aceptación (17,5%), resistencia (31,6%) y falta de motivación (14%). La resistencia y la falta de motivación pueden perjudicar el tratamiento y la autonomía de los pacientes. El uso de métodos mixtos fue esencial para analizar los registros médicos en relación con los significados y las direcciones, y nos permitió cuantificar y comparar los hallazgos con la literatura y los datos cualitativos.

Palabras clave: Coerción. Trastornos relacionados con sustancias. Adolescente. Métodos.

Abstract

Social pressures and reactions of adolescent drug users in an outpatient clinic

Coercive measures and social pressures may affect patients and the treatment for substance abuse disorder. This study analyzes the reactions of adolescents who use psychoactive substances to potentially coercive situations and its effects during treatment. The collected data were analyzed with mixed methods. Results show the prevalence of informal social pressures (48.1%). We classified patients' reactions as acceptance (17.5%), resistance (31.6%), and lack of motivation (14%). Resistance and lack of motivation can affect the treatment and patients' autonomy. The use of mixed methods was essential to analyze the medical records regarding senses and meanings and allowed us to quantify and compare the findings with the literature and the qualitative data.

Keywords: Coercion. Substance-related disorders. Adolescent. Methods.

Resumo

Pressões sociais e reações de adolescentes usuários de drogas em tratamento ambulatorial

Medidas coercivas e pressões sociais podem afetar tanto pacientes como o tratamento para transtorno por uso de substâncias psicoativas. Este estudo analisa as reações de adolescentes usuários de substâncias psicoativas a situações potencialmente coercivas durante o tratamento. Os dados coletados foram analisados usando métodos mistos. Pressões sociais informais (48,1%) foram o tipo de pressão mais frequente. As reações dos pacientes foram classificadas como aceitação (17,5%), resistência (31,6%) e falta de motivação (14%). Resistência e falta de motivação podem prejudicar o tratamento e a autonomia dos pacientes. O uso de métodos mistos foi essencial para analisar os prontuários em relação a sentidos e significados, e nos permitiu quantificar e comparar os achados com a literatura e com dados qualitativos.

Palavras-chave: Coerção. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Adolescente. Métodos.

El modelo brasileño de atención a la salud mental ha experimentado importantes cambios desde el decenio de 1990. Los tratamientos se centraron más en la atención comunitaria, rompiendo con el modelo basado en el hospital y haciendo hincapié en el tratamiento humanizado, en la reinserción social y en la evaluación de los servicios para garantizar los derechos de las personas con enfermedades mentales¹. Sobre la base de este nuevo enfoque para el tratamiento de los trastornos mentales, se establecieron en el país Centros de Atención Psicosocial (Caps).

Concebidos para prestar servicios de atención comunitaria, estos centros permiten a los pacientes recibir acompañamiento localmente y los ayudan a restablecer las conexiones sociales, fomentando la reintegración en los diversos papeles sociales desempeñados en el cotidiano². Estos centros también tuvieron prioridad en la atención de personas con enfermedades mentales graves y persistentes de diferentes grupos de edad, incluidas las personas con trastornos por consumo de sustancias (TCS)³. Aunque su implementación representa un enorme avance en la atención de salud mental establecida en la comunidad, ha habido muchas críticas con respecto a la atención prestada⁴⁻⁶.

El consumo de sustancias psicoactivas, junto con otros aspectos típicos de la adolescencia y una red de servicios deficiente e ineficiente, contribuye a caracterizar a los adolescentes como un grupo altamente vulnerable⁷⁻¹⁰. Esto es particularmente alarmante, ya que el consumo temprano de sustancias psicoactivas anticipa las consecuencias y pérdidas asociadas a este inconveniente, como problemas de salud, sanciones legales, conflictos familiares y sociales, abandono de la escuela y sentimientos de ansiedad y culpa¹¹⁻¹³.

El cuidado de los consumidores de drogas es actualmente uno de los mayores desafíos para los administradores y profesionales de la salud pública¹⁴. El estigma de agresividad y defecto de carácter que rodea a los consumidores de drogas aumenta el apoyo a la presión legal para obligar a las personas a someterse al tratamiento¹⁵. Un enfoque arriesgado en la prestación de servicios de salud, ya que puede dificultar la comprensión de las necesidades de los pacientes y resultar en un tratamiento deficiente y coercitivo¹⁶.

Percibir las conductas adictivas como una carga, tanto en el contexto de la salud pública como en términos sociales y económicos, hace que las presiones de diferentes fuentes sean parte integral del proceso de búsqueda de tratamiento de la adicción¹⁷⁻¹⁹. Como forma de hacer frente a esos costos,

la sociedad utiliza diferentes estrategias de control para asegurar que los consumidores de sustancias psicoactivas reciban tratamiento²⁰.

Las presiones sociales son modos de control social, coercitivos o no^{18,19,21}, clasificados en tres tipos: legales (de instituciones judiciales); formales (de organizaciones formales, como empleadores, escuelas y programas de bienestar social) e informales (de familiares, amigos o conocidos)¹⁷⁻¹⁹. Para algunos autores, “coacción” y “coacción percibida” son sinónimos, lo que significa que los pacientes sienten una falta de influencia, control, libertad o elección con respecto al tratamiento²²⁻²⁴.

A pesar de la falta de consenso sobre la eficacia de la presión social para obligar a las personas a someterse a un tratamiento, Lidz y colaboradores²⁵ afirman que el sentirse coaccionado afecta negativamente al paciente. Esto conduce a una mala adherencia o al abandono del tratamiento^{18,26-28}, a la pérdida de confianza en los cuidadores, a la alienación, a la evitación del tratamiento²⁵ y a una menor satisfacción del paciente en relación con los nuevos ingresos hospitalarios²⁹. La identificación de los problemas éticos relacionados con el tratamiento ayuda a mejorar la calidad de la atención a la salud mental, a reducir el uso de estrategias coercitivas y a aumentar la participación del paciente en el tratamiento³⁰, en particular cuando se trata de personas jóvenes, que sufren una mayor presión objetiva y es más probable que declaren sentirse coaccionadas³¹.

Estrategias como la mejora de la comunicación entre el equipo y los pacientes, la negociación del tratamiento y la explicación pueden ayudar a mejorar la forma en que los pacientes experimentan el proceso de admisión³². La identificación de la forma en que los pacientes adolescentes reaccionan a las presiones —la creación de una relación de empatía— reduce el estigma social asociado con el tratamiento de la adicción y el efecto de las presiones sociales, proporcionando a los pacientes una experiencia de tratamiento más positiva y beneficiosa. El objetivo de este estudio fue analizar cómo reaccionan los adolescentes que consumen sustancias psicoactivas cuando se enfrentan a posibles situaciones coercitivas durante su tratamiento en un Centro de Atención Psicosocial de la Infancia y Adolescencia (Capsia).

Método

Este estudio forma parte del proyecto de investigación “La trayectoria de los adolescentes usuarios de sustancias psicoactivas en un Capsia”, aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital

de Clínicas de Porto Alegre. Se realizó un estudio transversal con 229 historias clínicas de adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas que recibieron tratamiento en un Capsia (Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil) entre 2002 y 2012, en el que se describió el perfil biopsicosocial y se identificaron los factores de riesgo para la iniciación temprana en el consumo de drogas³³.

Recopilación de datos

Los datos se recogieron de los registros médicos hasta la saturación de datos^{34,35}. Los números (previamente asignados por el Capsia) de los 229 registros médicos se organizaron en una hoja de cálculo y se ordenaron en orden ascendente. Se seleccionaron aleatoriamente un total de 23 (10%) historias clínicas mediante un muestreo secuencial³⁵. Una historia clínica se seleccionó aleatoriamente entre los primeros 10 números; luego, sobre la base de esta secuencia, se seleccionó una de cada 10 historias clínicas para ser analizada por dos de los autores.

Los sujetos del estudio fueron identificados con la letra "S", para mantener el anonimato, seguida del número correspondiente en la hoja de cálculo, la letra que indica el sexo del paciente (H, hombre; M, mujer) y la edad. La Escala MacArthur de Coacción Percibida³⁶ ayudó a identificar cualquier información de entrada o registro de situaciones potencialmente coercitivas, donde las conductas o eventos sugerían: 1) reducción de la libertad de elección con respecto al tratamiento; 2) ser tratado no era la elección del paciente; 3) buscar tratamiento no era su idea; 4) la falta de control del paciente sobre las decisiones de tratamiento; y 5) buscar tratamiento se basaba más en una influencia externa que en una elección deliberada.

Otras situaciones durante el tratamiento incluían: la participación de la policía, la hospitalización o admisión obligada, el uso de la restricción de drogas, la oposición al tratamiento (resistencia, fuga, irritación) y la presión social o de los padres para empezar el tratamiento, como se muestra en la literatura sobre el tema^{32,37-39}. Las presiones sociales se clasificaron luego según la fuente de referencia (legal, formal e informal)^{18,19}, y en los registros médicos se identificaron pasajes que describían las reacciones de los pacientes ante estas situaciones coercitivas. El análisis y descripción de los datos cuantitativos se realizó en SPSS versión 18.0 y QSR NVivo 10, y los datos cualitativos por análisis de contenido⁴⁰.

Resultados y discusión

Este estudio analizó los registros médicos de 23 adolescentes sometidos a tratamiento en el Capsia. La mayoría de los pacientes eran varones (87%), y el 69,6% de ellos habían cometido delitos. Declararon consumir marihuana (34,8%), cocaína (34,8%), crack (30,4%), alcohol (26,1%), tabaco (17,4%), pegamento (13%) y éxtasis (4,3%). Se encontraron datos similares en un estudio anterior en el que se analizaron las historias clínicas de todos los adolescentes en tratamiento en el Capsia durante el mismo período³³. Por lo tanto, los datos reunidos son representativos de la población general tratada en este local.

En el análisis se encontraron 66 notas escritas por el equipo, que incluían 81 pasajes que describían las diferentes presiones sociales que experimentaban los pacientes. Solo cuatro registros no tenían en cuenta la presión social. La prevalencia de la presión social informal (48,1%) (Tabla 1) es coherente con el estudio de Urbanoski¹⁸, lo que sugiere que la familia y los amigos a menudo ejercen presión sobre la elección de un tratamiento. En el estudio realizado por Room⁴¹, los consumidores de alcohol y drogas identificaron a la familia y los amigos como las fuentes más comunes de presión para empezar un tratamiento, lo que indica que la presión informal precede a la presión formal.

Tabla 1. Presiones sociales identificadas en 66 notas de 23 registros médicos de adolescentes sometidos a tratamiento en el Capsia (Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002-2012)

Tipo de presión social	Frecuencia de registro
Informal	39 (48,1%)
Formal	25 (30,9%)
Legal	17 (21,0%)
Total	81 (100,0%)

Esta prevalencia de las presiones informales sobre las formales y legales contrasta con la mayoría de los estudios⁴² e indica que estas presiones deben ser abordadas y consideradas durante el proceso de tratamiento. En estudios anteriores, los participantes identificados como pacientes voluntarios también informaron de cierto grado de coacción percibida^{18,42,43}.

De las 19 historias clínicas que incluyen presiones sociales, 18 tenían 44 notas escritas por el equipo, con 57 partes que describían las reacciones de los pacientes (Tabla 2), que se agruparon en nueve categorías diferentes: 1) disposición a ser tratado; 2) aceptación del tratamiento; 3) falta de motivación;

4) resistencia; 5) negación del uso de drogas; 6) rabia; 7) omnipotencia; 8) fuga; y 9) resignación.

Tabla 2. Reacciones de los pacientes identificados en 44 notas de 19 registros médicos de adolescentes sometidos a tratamiento en el Capsia (Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002-2012)

Tipo de reacción	Frecuencia de registro
Omnipotencia	1 (1,8%)
Disposición a ser tratado	2 (3,5%)
Rabia	3 (5,3%)
Fuga [de la realidad]	3 (5,3%)
Negación del uso	6 (10,5%)
Resignación	6 (10,5%)
Falta de motivación	8 (14,0%)
Aceptación del tratamiento	10 (17,5%)
Resistencia	18 (31,6%)
Total	57 (100,0%)

La prevalencia de la resistencia (31,6%) y la aceptación del tratamiento (17,5%) concuerdan con el estudio realizado por Lorem, Hem y Molewijk³⁷, quienes, tras entrevistar a los pacientes psiquiátricos hospitalizados, clasificaron sus reacciones a las medidas coercitivas como de acuerdo y aceptación, lucha o resistencia y resignación. Sin embargo, el estudio se centró en investigar la evaluación moral de los pacientes sobre la coacción experimentada anteriormente, en lugar de identificar y asociar las presiones con las reacciones que desencadenaban.

Hay que destacar que el registro de las reacciones en el momento de la presión implica una comprensión diferente de estas experiencias que si se los adolescentes las hubieran comunicado más tarde, ya que hay diferentes factores que afectan a la percepción de la coacción por parte de los pacientes: el período de internamiento, los sentimientos de gratitud, la internalización de las experiencias⁴⁴, características personales²², comprensión de la gravedad de la condición y el grado de presión experimentado¹⁸. No obstante, reflexionar sobre las estrategias coercitivas y sus usos ayuda a prevenir posibles daños futuros tanto al paciente como al tratamiento, especialmente teniendo en cuenta que esos pacientes carecen de nuevas oportunidades para reevaluar sus experiencias debido a la escasa adhesión de los consumidores de sustancias psicoactivas al tratamiento^{11,45}.

Los fragmentos que describen las reacciones de los pacientes dieron lugar a 76 conexiones con las presiones sociales, ya que una reacción puede corresponder a más de una presión (Tabla 3). La resistencia se asoció más comúnmente con la presión

informal (33,3%), siendo también frecuente en las presiones formales (26,9%) y legales (30%). La falta de motivación (30,7%) y la resignación (25%) se asociaron más a las presiones formales y legales, respectivamente. La omnipotencia se relacionó únicamente con la presión legal, mientras que la disposición a ser tratado se asoció únicamente con la presión informal, y la negación del uso de drogas se relacionó con ambos tipos.

Tabla 3. Asociación entre las reacciones de los pacientes y los diferentes tipos de presiones sociales identificadas en 18 registros médicos de adolescentes sometidos a tratamiento en el Capsia (Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002-2012)

Tipo de reacción	Presión informal	Presión formal	Presión Legal
Disposición a ser tratado	2 (6,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Aceptación del tratamiento	5 (16,7%)	6 (23,1%)	1 (5,0%)
Falta de motivación	3 (10,0%)	8 (30,8%)	3 (15,0%)
Resignación	2 (6,7%)	1 (3,8%)	5 (25,0%)
Resistencia	10 (33,3%)	7 (26,9%)	6 (30,0%)
Negación del uso	4 (13,3%)	0 (0,0%)	2 (10,0%)
Fuga [de la realidad]	1 (3,3%)	3 (11,5%)	1 (5,0%)
Omnipotencia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)
Rabia	3 (10,0%)	1 (3,8%)	1 (5,0%)
Total	30 (100,0%)	26 (100,0%)	20 (100,0%)

Estas conclusiones muestran que la aplicación de formas de control, en lugar de suscitar respuestas positivas inmediatas de estos pacientes, aumentó la percepción de la coerción, lo que dio lugar a la ausencia de una asociación significativa entre las reacciones positivas y los tipos de presión. También indica que estos pacientes se sintieron coaccionados por diferentes fuentes para entrar en el tratamiento. El análisis cualitativo de los datos se ocupó de las tres categorías de reacción más frecuentes en el análisis cuantitativo de las notas de observación (Tabla 2): resistencia, falta de motivación y aceptación del tratamiento.

Resistencia

La “resistencia” —negarse a recibir el tratamiento propuesto— está asociada a las tres formas de presión social y a las más frecuentemente presentadas por los pacientes: *él llega al Capsia acompañado por un oficial de escolta sin la*

presencia de un padre o tutor. La madre se peleó con su hijo y se negó a acompañarlo al centro de salud. El adolescente informa de que fue admitido en varias clínicas, pero ninguna funcionó. No quiere ser admitido y no quiere dejar de consumir drogas. Dice que usa drogas porque quiere (extracto del informe sobre S133H17). Este pasaje ejemplifica una presión social legal en acción: el paciente que se negó a ser admitido fue llevado al establecimiento por un oficial de escolta, un funcionario del Tribunal de Menores responsable de las órdenes de registro y confiscación, según lo definido por el Tribunal de Justicia del Estado de Rio Grande do Sul⁴⁶.

En este caso, el adolescente era poco dispuesto a aceptar la hospitalización y parecía considerar que el tratamiento hospitalario era ineficaz, ya que varias hospitalizaciones anteriores no habían dado resultados positivos para él. No se respetó su renuncia a ser internado ni su decisión de seguir consumiendo drogas. La presión ejercida en este caso parece justificada por el entendimiento jurídico observado, criticado por Wertheimer⁴⁷, de la enfermedad mental como una prerrogativa para el uso de la fuerza, ignorando las decisiones del individuo. En este sentido, su decisión de continuar usando drogas fue probablemente entendida como “influenciada” por la enfermedad.

La presión informal ejercida en un contexto de conflicto —entre el adolescente y su madre, por ejemplo— también provoca reacciones de resistencia cuando los pacientes ya no ven a un miembro de la familia como alguien que puede exigirles algo. Teniendo en cuenta esta asociación, Wertheimer⁴⁷ propone que la coacción varía según la fuerza moral del agente coercitivo: cuando el individuo sometido a presión reconoce el derecho del agente coercitivo a hacer demandas, la probabilidad de sentirse coaccionado disminuye. En situaciones de relaciones familiares pobres o tensas, el agente coercitivo ya no es visto como alguien que puede imponer o proponer un tratamiento. El paciente S173H13 expresa la misma situación de rechazo y conflicto familiar, aunque de manera más sutil:

Situación 1: Él se une al grupo por primera vez. Ella está preocupada por la situación de su hijo, que se fue de la casa y de la escuela. No tiene límites, le falta el respeto, y duerme en un baño en la parte de atrás de su casa. Él robó todas las pertenencias de su abuela. Hoy aceptó unirse al grupo (sobre la madre de S173H13).

Situación 2: Primer día en la reunión del grupo. Él no quería venir, se mantuvo en silencio y mantuvo la cabeza baja durante toda la reunión (informe sobre S173H13).

Los relatos de daños sociales vinculados al uso indebido de sustancias psicoactivas, como la deserción escolar, el robo y la exposición a situaciones degradantes (dormir en el baño, por ejemplo), parecen explicar la presión informal. Según Wild, Roberts y Cooper²⁰, la sociedad suele utilizar estrategias de control para tratar a los consumidores de drogas porque representan una carga social y económica. Bittencourt, França y Goldim³³ describieron una situación similar al asociar los problemas sociales y de salud con la remisión de adolescentes varones con delitos múltiples a tratamiento en los Capsia. Otro problema asociado a la resistencia es la evasión del tratamiento por medio de la fuga:

Situación 1: Una llamada del alojamiento informando que [S123H17] fue enviado allí por el juez hasta su ingreso en el hospital para su desintoxicación. (...) Llamo al hospital y consigo una cama para hoy. El traslado será por la tarde, y un empleado del Capsia acompañará al paciente (informe sobre S123H17).

Situación 2: Una persona del hospital llama para informar que [S123H17] se ha escapado. Fue encontrado por los oficiales de policía y llevado de vuelta al hospital. Sigue diciendo que se escapará de nuevo y se quedará en el hospital solo el tiempo que quiera (informe sobre S123H17).

Estos extractos muestran dos interacciones entre el personal de los Capsia y otros centros de atención al paciente. En primer lugar, el adolescente sufre una presión legal para entrar en el tratamiento; luego, después de la admisión, la enfermera del hospital (presión formal) llama para informar al personal del Capsia (presión formal) de su fuga. El paciente muestra una clara oposición a la situación: no puede negarse a recibir el tratamiento hospitalario, por lo que se escapa y es capturado por la policía, y sigue amenazando con volver a escapar. En este sentido, la coacción puede implicar diferentes presiones sociales:

Ella pasó la noche en casa y durmió bien, según su madre. Ella llega al Capsia mostrando resistencia, se niega a entrar en la sala de consulta, declara que ya no quiere ser hospitalizada y quiere seguir usando drogas. Ataca física y verbalmente a su madre, dice que “destruirá todo” el hospital y se escapa. Escribo solicitando una orden de registro para mañana (informe sobre S153M16).

En este caso, la resistencia y posterior huida de la paciente está motivada por la presión informal de su madre y por la presión formal del profesional de la salud al solicitar la intervención judicial. Además, tenemos una reacción de enojo, representada por la agresión física y verbal y las amenazas de “destruir todo” el hospital.

Lozem, Hem y Molewijk³⁷ agruparon las reacciones de lucha y resistencia en la misma categoría, ya que ambas se asocian con la falta de control del tratamiento por parte de los pacientes y la pérdida de autonomía: la lucha y la resistencia son comunes en situaciones en las que el paciente percibe la coacción como una forma de amenaza. Es posible que no sea así en este caso, pero las presiones pueden haberse interpretado de esta manera por los pacientes.

La resistencia a la atención médica parece representar una lucha por la autodeterminación, en la que la reafirmación del deseo de seguir consumiendo drogas se emplea para escapar del tratamiento. Cuando pierde eficacia, los pacientes utilizan otras defensas disponibles: escape, agresión y silencio. Marcada por la presencia de abusos físicos, verbales y posiblemente psicológicos, la resistencia pone en duda la eficacia de dicha terapia, especialmente cuando los pacientes muestran una clara oposición.

Falta de motivación

Motivar a los pacientes para que se sometan a un tratamiento es uno de los mayores retos de la atención a la salud mental. Según la teoría de la autodeterminación⁴⁸, la motivación depende de factores personales, sociales y ambientales. Una persona puede mostrar interés personal en realizar una actividad (motivación intrínseca), puede realizar una actividad sin comprometerse (amotivación), o puede hacerlo apuntando al resultado (motivación extrínseca).

Por lo tanto, la falta de motivación significa integrar e internalizar mal la importancia del tratamiento, buscado como resultado de la presión externa. Tal comportamiento corresponde a una motivación extrínseca regulada por factores externos, donde el individuo entra en tratamiento para aliviar estas presiones o escapar de posibles sanciones¹⁸.

Según Urbanoski¹⁸, la mayoría de los pacientes que se someten a tratamiento por trastornos de uso de drogas abandonan el tratamiento porque éste se convierte en algo sin sentido. Esta falta de motivación para iniciar el tratamiento, de manera similar a la resistencia, afecta a todo el

proceso, principalmente en términos de adhesión: *la madre lo ha mantenido encerrado en casa desde el domingo (...) para evitar el consumo de drogas. Ella pidió ayuda a los Servicios de Protección Infantil [SPI]. (...) El paciente está somnoliento y apático. Permaneció en silencio durante la entrevista (informe sobre S93H13).*

En este caso, tanto la madre (presión informal), que encerraba al adolescente en su casa para evitar que consumiera drogas, como los Servicios de Protección Infantil (presión formal) trataron de involucrar al adolescente en el tratamiento, sin resultados. A pesar de que no hay más información sobre el paciente, su silencio durante la entrevista indica una falta de interés personal en el tratamiento. El informe sobre el S43H14 es similar: *él y su madre vinieron a la entrevista inicial acompañados por un agente de los SPI, que no participó en la entrevista (solo trajo los documentos de referencia). La madre informa de su interés en continuar con el tratamiento; [S43H14] solo parece estar cumpliendo con la orden judicial.*

El paciente, llevado por su madre y el agente del SPI, también experimentó la presión legal de una orden judicial. El equipo de salud notó el desinterés del paciente en el tratamiento, destacando que la madre es la que desea que su hijo sea tratado en el centro de salud. La nota de observación incluida en el registro médico del S13H17 es aún más clara:

El paciente dice que estuvo ausente la semana pasada porque no tiene la motivación para participar en el tratamiento y cree que puede consumir alcohol moderadamente. Vino hoy porque el “SPI me obligó”. Explicó que “tengo que venir”, de lo contrario “el juez me envía a (...)”. Parece molesto y desmotivado para continuar el tratamiento. Pregunta si 2 o 3 semanas son suficientes para cumplir con el requisito del SPI y del juez (informe sobre S13H17).

Este informe muestra la completa falta de motivación del paciente, y que él está allí solo debido a las presiones externas. Una vez que estas cesan, el adolescente tiene la intención de interrumpir el tratamiento.

Todos estos intentos muestran que la participación en el tratamiento es a menudo una motivación extrínseca regulada por múltiples factores externos, como la presión de los amigos y la familia, el sistema jurídico y otras fuentes oficiales¹⁷. Según Ryan y Deci⁴⁸, esto demuestra que buscar tratamiento no es un acto autodeterminado, ya que las conductas motivadas únicamente por factores externos reflejan una pobre autonomía individual, sentimientos de alienación y pérdida de control.

Aceptación

En nuestro estudio, la aceptación del tratamiento y las intervenciones propuestas se basaban en la relación establecida entre el paciente y el agente coercitivo.

El paciente llega con su madre. Dice que es difícil dejar de beber. Bebió todos los días la semana pasada. Bebe por la mañana para dejar de temblar y por la noche para dormir. Dice que habló con su novia el fin de semana y ella le dijo que reanudaría con él si dejara de beber. Esta semana asistirá a una reunión de los Narcóticos Anónimos porque se enteró que está cerca de su casa. La madre dice que la familia no puede soportar la situación, sus hijos casados ya no la visitan porque no quieren ver el problema. La madre se siente agotada. Quiere que lo hospitalicen (informe sobre S3H16).

Un conjunto de presiones informales —la voluntad de su novia de reanudar su relación romántica, la posibilidad de restablecer una buena relación familiar— y la conciencia del paciente sobre la gravedad de la adicción al alcohol pueden haber facilitado su reacción positiva a la presión. Otra paciente (S153M16) percibió como positiva la presión de sus amigos para que dejara de consumir crack, lo que indica su disposición a dejar de consumir sustancias psicoactivas.

Un estudio realizado por Goodman, Peterson-Badali y Henderson⁴⁹ demostró que los miembros de la familia, las parejas románticas y los amigos suelen presionar a los pacientes para que busquen tratamiento y reduzcan el consumo de sustancias psicoactivas. Dado que la amistad y las relaciones románticas son esenciales en la edad adulta, esas personas pueden negociar más fácilmente los aspectos del uso de drogas, lo que con frecuencia evoca sentimientos de vergüenza y culpa⁵⁰. Esos sentimientos corresponden a un nivel intermedio de motivación, en el que el ingreso al tratamiento responde a sentimientos intrapersonales conflictivos como la culpa y la ansiedad¹⁷.

Los pacientes también aceptan el tratamiento después de la presión de los profesionales de diferentes instituciones. S193H11, por ejemplo, buscó tratamiento después de una remisión de la escuela: *él ha consumido marihuana durante unos dos meses. Fue remitido porque lo encontraron fumando en la escuela. Tiene una buena relación con sus compañeros y profesores y tiene buenas notas. Buena relación familiar (...). Comportamiento durante la entrevista: colaboración, buena comprensión (informe sobre S193H11).*

En este caso, el consumidor de drogas no solo acepta el tratamiento sino que participa activamente,

una actitud positiva influida por su buena relación con los diferentes grupos sociales. Schenker y Minayo¹² afirman que la familia y la escuela son cruciales para aumentar la resistencia y promover la reflexión crítica sobre el uso indebido de drogas; pero deben establecerse de manera que se refuercen los lazos de confianza. Wei y colaboradores⁵¹ también indican que los vínculos sociales son factores para motivar el cambio y ayudar a los adolescentes a mantener la abstinencia.

Sin embargo, aceptar el tratamiento no significa que el paciente entienda el proceso como importante o necesario: *él llega con su abuela. Dice que vino buscando ayuda por el consumo de alcohol. Dice que se casará y será padre pronto, así que quiere “encarrilar su vida”. Dijo que vino porque el trabajador social se lo pidió y que no tenía ningún deseo de venir espontáneamente (informe sobre S13H17).*

S13H17 admite buscar tratamiento solo después de una presión externa (trabajador social), y el informe muestra lo fundamental que fue su relación positiva con el agente coercitivo para aceptar el tratamiento. En este tema, Lorem, Hem y Molewijk³⁷ mostraron que la presión se aceptaba más fácilmente cuando el paciente confiaba en el agente coercitivo. Estos hallazgos son coherentes con la investigación de Rugkåsa y colaboradores⁵², que indican que una relación de confianza entre los pacientes y los profesionales de la salud es un prerrequisito para negociar el tratamiento o influir en el paciente para que participe en el proceso. Para los autores, una buena relación debe valorar las preocupaciones y prioridades del paciente.

Goodman y colaboradores⁵⁰ afirman que los jóvenes que se consideran con mayor responsabilidad hacia los demás tienen más probabilidades de reconocer que su adicción es problemática y de buscar un cambio. En estos casos, los pacientes perciben estas relaciones no como coercitivas o relacionadas con el tratamiento, sino como autodeterminadas y justificadas por las pérdidas que implican. En el caso del S13H17, la aceptación se asocia con la idea de que debe “encarrilar su vida” para su hijo por nacer y su familia.

Una buena relación con los amigos, la familia, los profesionales sanitarios y otras personas que forman parte de la red social del paciente parece evocar el compromiso de estas personas, lo que conduce a una mayor aceptación de las intervenciones, facilita la participación en el tratamiento y ofrece oportunidades para reflexionar sobre sus vidas. En última instancia, se trata de una decisión personal, pero la aceptación puede producirse a través de la percepción de los pacientes de que los agentes coercitivos tienen derecho a exigirles que se sometan a un tratamiento de la adicción.

Consideraciones finales

El análisis de los datos mostró que las presiones sociales son comunes en el tratamiento de los adolescentes que consumen sustancias psicoactivas, principalmente la prevalencia de las presiones informales, un hallazgo coherente con la literatura^{18,19,31,41,49}. Las condiciones de vulnerabilidad observadas en estos jóvenes pacientes, caracterizadas por el uso de drogas, el abandono escolar, los delitos y las relaciones familiares conflictivas, se utilizan a menudo para justificar diferentes formas de coacción.

Aunque la aceptación fue una de las reacciones más frecuentes, las reacciones negativas prevalecieron cuando se analizó la asociación entre las reacciones y las presiones sociales, dando lugar a la resistencia, la falta de motivación y la resignación. La resistencia apareció ante relaciones conflictivas con el agente coercitivo y cuando los deseos del paciente fueron ignorados o no respetados. La falta de motivación, a su vez, surgió de la búsqueda de un tratamiento solo por la presión experimentada, lo que dio lugar a una baja adherencia al tratamiento.

Una buena relación entre los pacientes y los agentes coercitivos se destacó al analizar las reacciones de aceptación. Esta relación posibilitó un entorno menos conflictivo y un mayor compromiso al proporcionar oportunidades para reflexionar sobre la necesidad de un tratamiento de la adicción.

Este estudio permite una mejor comprensión de las experiencias de estos pacientes al mostrar que las presiones sociales afectan a estos individuos de diferentes maneras. La importancia de una buena relación entre los pacientes y los cuidadores, y entre los pacientes y otros individuos de su círculo social, pone de relieve que los profesionales sanitarios deben actuar junto a ellos para gestionar los conflictos y negociar con estos adolescentes.

Los investigadores y las instituciones que se ocupan del tratamiento de las adicciones deberían prestar más atención a las presiones informales y formales que afectan al paciente y al tratamiento, teniendo en cuenta que las reacciones de los pacientes, cuando se enfrentan a diferentes situaciones potencialmente coercitivas, son en su mayoría negativas.

Basar el estudio en las historias clínicas fue la elección adecuada, ya que estos documentos representan una gran fuente de información, pero el uso exclusivo de elementos externos identificados como potencialmente coercitivos presentó sus limitaciones. Registrados por diferentes funcionarios, los datos pueden haber presentado disparidades, insuficiencias y omisiones. El examen de la historia clínica también impidió el acceso al relato del paciente sobre los acontecimientos y la forma en que los experimentó. Es importante realizar más estudios, incluidas entrevistas directas con consumidores de drogas psicoactivas, para comprender mejor la forma en que las presiones sociales los afectan, ya que permite a los pacientes relatar sus experiencias y los motivos para buscar tratamiento.

Por su apoyo financiero nos gustaría agradecer a la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (Capes) y al Programa de Becas de Productividad del Instituto Cesumar de Ciencia, Tecnología e Innovación (Iceti).

Referencias

1. Guimaraes AN, Fogaça MM, Borba LO, Paes MR, Larocca LM, Maftum MA. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2010 [acceso 2 abr 2018];19(2):274-82. DOI: 10.1590/S0104-07072010000200008
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acceso 5 abr 2019]. Disponible: <https://bit.ly/3bDzAOB>
3. Rabelo AR, Mattos AA, Coutinho DM, Pereira N. Um manual para o Caps: centro de atenção psicossocial. 2ª ed. Salvador: Edufba; 2006.
4. Machado V, Santos MA. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicol Estud* [Internet]. 2013 [acceso 2 abr 2018];18(4):701-12. DOI: 10.1590/S1413-73722013000400012
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 12 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponible: <https://bit.ly/3cJT2Jb>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas; 7-10 nov 2005; Brasília. Brasília: Opas; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Frankenburg FR. Brain-robbers: how alcohol, cocaine, nicotine, and opiates have changed human history. Westport: Praeger; 2014.
9. Outeiral JO. Adolescência: estudos revisados sobre adolescência. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

10. Silva MAI, Mello FCM, Mello DF, Ferriani MGC, Sampaio JMC, Oliveira WA. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso 2 abr 2018];19(2):619-27. DOI: 10.1590/1413-81232014192.22312012
11. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
12. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2005 [acesso 2 abr 2018];10(3):707-17. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300027
13. Vasters GP, Pilon SC. Drugs use by adolescents and their perceptions about specialized treatment adherence and dropout. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2011 [acesso 2 abr 2018];19(2):317-24. DOI: 10.1590/S0104-11692011000200013
14. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso 2 abr 2018];16(12):4579-89. DOI: 10.1590/S1413-81232011001300002
15. Watson AC, Corrigan PW, Angell B. What motivates public support for legally mandated mental health treatment? *Soc Work Res* [Internet]. 2005 [acesso 2 abr 2018];29(2):87-94. DOI: 10.1093/swr/29.2.87
16. Soares RG, Silveira PS, Martins LF, Gomide HP, Lopes TM, Ronzani TM. Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. *Estud Psicol* [Internet]. 2011 [acesso 2 abr 2018];16(1):91-8. DOI: 10.1590/S1413-294X2011000100012
17. Urbanoski KA, Wild TC. Assessing self-determined motivation for addiction treatment: validity of the treatment entry questionnaire. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2012 [acesso 2 abr 2018];43(1):70-9. DOI: 10.1016/j.jsat.2011.10.025
18. Urbanoski KA. A theory-based analysis of coercion in addiction treatment [tese] [Internet]. Toronto: University of Toronto; 2010 [acesso 2 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2xOJZlm>
19. Wild TC. Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addict* [Internet]. 2006 [acesso 2 abr 2018];101(1):40-9. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2005.01268.x
20. Wild TC, Roberts AB, Cooper EL. Compulsory substance abuse treatment: an overview of recent findings and issues. *Eur Addict Res* [Internet]. 2002 [acesso 2 abr 2018];8(2):84-93. DOI: 10.1159/000052059
21. Wild TC. Compulsory substance-user treatment and harm reduction: a critical analysis. *Subst Use Misuse* [Internet]. 1999 [acesso 2 abr 2018];34(1):83-102. DOI: 10.3109/10826089909035637
22. Hiday VA, Swartz MS, Swanson J, Wagner HR. Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 1997 [acesso 2 abr 2018];20(2):227-41. DOI: 10.1016/S0160-2527(97)00004-6
23. Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M, Gardner W, Monahan J, Mulvey E et al. Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 1997 [acesso 2 abr 2018];20(2):167-81. DOI: 10.1016/S0160-2527(97)00001-0
24. Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M, Monahan J, Bennett N, Gardner W et al. Family, clinician, and patient perceptions of coercion in mental hospital admission: a comparative study. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 1998 [acesso 2 abr 2018];21(2):131-46. DOI: 10.1016/S0160-2527(98)00002-8
25. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Eisenberg M et al. Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1998 [acesso 2 abr 2018];155(9):1254-60. DOI: 10.1176/ajp.155.9.1254
26. Monahan J, Hoge SK, Lidz C, Roth LH, Bennett N, Gardner W, Mulvey E. Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 1995 [acesso 2 abr 2018];18(3):249-63. DOI: 10.1016/0160-2527(95)00010-f
27. Nicholson RA, Ekenstam C, Norwood S. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 1996 [acesso 2 abr 2018];19(2):201-17. DOI: 10.1016/0160-2527(96)00005-2
28. Taborda JGV, Baptista JP, Gomes DAR, Nogueira L, Chaves MLF. Perception of coercion in psychiatric and nonpsychiatric (medical and surgical) inpatients. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2004 [acesso 2 abr 2018];27(2):179-92. DOI: 10.1016/j.ijlp.2004.01.008
29. Strauss JL, Zervakis JB, Stechuchak KM, Olsen MK, Swanson J, Swartz MS et al. Adverse impact of coercive treatments on psychiatric inpatients' satisfaction with care. *Community Ment Health J* [Internet]. 2013 [acesso 2 abr 2018];49(4):457-65. DOI: 10.1007/s10597-012-9539-5
30. Hem MH, Molewijk B, Pedersen R. Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2014 [acesso 2 abr 2018];15(1):82. DOI: 10.1186/1472-6939-15-82
31. Wolfe S, Kay-Lambkin F, Bowman J, Childs S. To enforce or engage: the relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addict Behav* [Internet]. 2013 [acesso 2 abr 2018];38(5):2187-95. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.01.017
32. Katsakou C, Bowers L, Amos HT, Morris R, Rose D, Wykes T, Priebe S. Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2010 [acesso 2 abr 2018];61(3):286-92. DOI: 10.1176/appi.ps.61.3.286
33. Bittencourt ALP, França LG, Goldim JR. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 2 abr 2018];23(2):311-9. DOI: 10.1590/1983-80422015232070

34. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
35. Shelley SI. Research methods in nursing and health. Boston: Little Brown; 1984.
36. Gardner W, Hoge SK, Bennett N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, Mulvey EP. Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law* [Internet]. 1993 [acceso 2 abr 2018];11(3):307-21. DOI: 10.1002/bsl.2370110308
37. Lorem GF, Hem MH, Molewijk B. Good coercion: patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2015 [acceso 2 abr 2018];24(3):231-40. DOI: 10.1111/inm.12106
38. Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz A, Bermpohl F, Lehmann A, Montag C. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2016 [acceso 2 abr 2018];266(4):337-47. DOI: 10.1007/s00406-015-0598-9
39. Valenti E, Banks C, Calcedo-Barba A, Bensimon CM, Hoffmann KM, Pelto-Piri V et al. Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2015 [acceso 2 abr 2018];50(8):1297-308. DOI: 10.1007/s00127-015-1032-3
40. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
41. Room R. The U.S. general population's experiences of responding to alcohol problems. *Br J Addict* [Internet]. 1989 [acceso 2 abr 2018];84(11):1291-304. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb00731.x
42. Wild TC, Newton-Taylor B, Alletto R. Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants. *Addict Behav* [Internet]. 1998 [acceso 2 abr 2018];23(1):81-95. DOI: 10.1016/S0306-4603(97)00034-8
43. O'Donoghue B, Roche E, Shannon S, Lyne J, Madigan K, Feeney L. Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatry Res* [Internet]. 2014 [acceso 2 abr 2018];215(1):120-6. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.10.016
44. Bittencourt ALP, Quintana AM, Velho MTAC, Goldim JR, Wottrich LAF, Cherer EQ. A voz do paciente: por que ele se sente coagido? *Psicol Estud* [Internet]. 2013 [acceso 2 abr 2018];18(1):93-101. DOI: 10.1590/S1413-73722013000100010
45. Laranjeira R. Tratamento da dependência do crack: as bases e os mitos. In: Ribeiro M, Laranjeira R, organizadores. O tratamento do usuário de crack. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2010. p. 15-23.
46. Rio Grande do Sul. Corregedoria-Geral da Justiça. Consolidação normativa judicial: atualizada até o Provimento nº 18/2012-CGJ (outubro/2012) [Internet]. Porto Alegre: Corregedoria-Geral da Justiça; 2012 [acceso 5 abr 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3eTVgHZ>
47. Wertheimer A. A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behav Sci Law* [Internet]. 1993 [acceso 2 abr 2018];11(3):239-58. DOI: 10.1002/bsl.2370110303
48. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* [Internet]. 2000 [acceso 2 abr 2018];55(1):68-78. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.68
49. Goodman I, Peterson-Badali M, Henderson J. Understanding motivation for substance use treatment: the role of social pressure during the transition to adulthood. *Addict Behav* [Internet]. 2011 [acceso 2 abr 2018];36(6):660-8. DOI: 10.1016/j.addbeh.2011.01.011
50. Goodman I, Henderson J, Peterson-Badali M, Goldstein AL. The relationship between psychosocial features of emerging adulthood and substance use change motivation in youth. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2015 [acceso 2 abr 2018];52:58-66. DOI: 10.1016/j.jsat.2014.12.004
51. Wei CC, Heckman BD, Gay J, Weeks J. Correlates of motivation to change in adolescents completing residential substance use treatment. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2011 [acceso 2 abr 2018];40(3):272-80. DOI: 10.1016/j.jsat.2010.11.014
52. Rugkåsa J, Canvin K, Sinclair J, Sulman A, Burns T. Trust, deals and authority: community mental health professionals' experiences of influencing reluctant patients. *Community Ment Health J* [Internet]. 2014 [acceso 2 abr 2018];50(8):886-95. DOI: 10.1007/s10597-014-9720-0

Participación de los autores

Ana Luiza Portela Bittencourt delineó el diseño del estudio con José Roberto Goldim, recogió los datos y, con Lucas França Garcia, elaboró el manuscrito. Todos los autores analizaron los datos y colaboraron en la revisión crítica del manuscrito.

Correspondencia

Ana Luiza Portela Bittencourt – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-Rio-Grandense. Departamento de Ensino. Campus Gravataí. Rua Men de Sá, 800, Bom Sucesso CEP 94135-300. Gravataí/RS, Brasil.

Ana Luiza Portela Bittencourt – Doctora – alportelab@gmail.com

 0000-0002-2333-720X

Lucas França Garcia – Doctor – lucasfgarcia@gmail.com

 0000-0002-5815-6150

José Roberto Goldim – Doctor – jrgoldim@gmail.com

 0000-0003-2127-6594

