

**GERALDO LUIZ OLIVEIRA DE RESENDE**

**PRONTIDÃO E TRATAMENTO EM  
ALCOOLISTAS:  
ANÁLISE DE UM PROGRAMA**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS  
2003**

GERALDO LUIZ OLIVEIRA DE RESENDE

**PRONTIDÃO E TRATAMENTO EM  
ALCOOLISTAS:  
ANÁLISE DE UM PROGRAMA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral

**CAMPINAS  
2003**

**GERALDO LUIZ OLIVEIRA DE RESENDE**

**PRONTIDÃO E TRATAMENTO EM  
ALCOOLISTAS:  
ANÁLISE DE UM PROGRAMA**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

---

---

**CAMPINAS  
2003**

## ***AGRADECIMENTO ESPECIAL***

À minha prezada e querida amiga Prof.<sup>a</sup> Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral que com grande competência e profissionalismo se dedicou no trabalho de orientação desta dissertação, mostrando-me com grande sabedoria novos horizontes em pesquisa.

Aos pacientes que colaboraram com esta pesquisa, sem os quais a mesma não poderia ser concretizada.

## ***DEDICATÓRIA***

Dedico este trabalho à minha esposa **Jaíne** por ter compreendido minhas ausências em longas e freqüentes viagens para capacitação e por ter estado tão presente neste trabalho e em minha vida.

Aos meus pais **José e Isabel**, aos meus irmãos **José Antônio, Marta Maria e Maria Helena**, à minha cunhada **Luciana** e ao meu sobrinho **Lucas**, pelo grande incentivo dado nesta caminhada.

## ***AGRADECIMENTOS***

À diretoria, terapeutas e a todos os funcionários da Vila Esperança, especialmente **Dr. Euclides Garcia de Lima Filho, Sr. Asmondil Aureliano de Oliveira, Dr. Walter Luiz Baccarini, Sr. Luiz Balbino de Souza, José Nazareno de Paula, Ronaldo Lara Tanus, Marco Antônio de Castro Velasco e Graziela Margotti** pela oportunidade que me deram de realizar esta pesquisa.

A todos os professores e funcionários da Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, em especial, professores doutores **Marilda E. Novaes Lipp, Elisa M. P. Yoshida, Antônio Terzis e Vera Engler Cury**, que com grande ética, sabedoria e experiência tanto me acrescentaram em minha carreira acadêmica.

Aos amigos **Bernardo Leôncio Moura Coelho e Elizabeth dos Santos Braga** pela acolhida em Campinas.

À administração da Universidade Federal de São João del-Rei na pessoa do Reitor Prof. Dr. **Mário Neto Borges** e aos professores do Departamento das Psicologia pelo apoio e incentivo neste trabalho.

Aos professores doutores **Luiz Carlos Magna**, do departamento de Genética Médica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e **João Domingos Scalon**, do departamento de Engenharia Biomédica da Universidade Federal de São João del-Rei, no auxílio da análise estatística deste estudo.

Aos meus estagiários do Curso de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, **Alexia de Toledo Sales Gomide** e **Emmanuel Melchisedech Reis Andrade** pela grande contribuição neste trabalho de pesquisa, no auxílio na realização das entrevistas e no trabalho de digitação.

Ao Prof. Dr. **Armando Alonso Alvarez**, da Universidade de Havana, à Prof.<sup>a</sup> Dra. **Marina de Bittencourt Bandeira** e suas estagiárias do Curso de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, **Sabrina M. Barroso** e **Fernanda Vale Reis** e à Prof.<sup>a</sup> **Maria do Pilar Canavez** pela disponibilidade e apoio neste trabalho.

A todos os meus colegas do mestrado, pelo companheirismo e pela partilha neste processo tão importante.

À **CAPES**, pelo auxílio através da concessão da bolsa de estudo.

## ÍNDICE

<i>AGRADECIMENTOS</i> .....	iv
<i>RESUMO</i> .....	xv
<i>ABSTRACT</i> .....	xvi
<i>APRESENTAÇÃO</i> .....	xvii
<i>INTRODUÇÃO</i> .....	1
<i>O ALCOOLISTA: CARACTERÍSTICA, CONCEITUAÇÃO, INCIDÊNCIA</i> .....	1
<i>ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DE PRONTIDÃO PARA MUDANÇA</i> .....	6
<i>TRATAMENTO, ADERÊNCIA E PREVENÇÃO DE RECAÍDA EM ALCOOLISTAS</i> .....	10
<i>OBJETIVOS</i> .....	25
<i>MÉTODO</i> .....	26
<i>PARTICIPANTES</i> .....	26
<i>MATERIAL</i> .....	26
<i>PROCEDIMENTO</i> .....	28
<i>RESULTADOS E DISCUSSÃO</i> .....	32
<i>CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS</i> .....	67
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> .....	71
<i>ANEXOS</i> .....	76



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Delineamento da Pesquisa.....	30
Tabela 2: Caracterização da amostra de acordo com a idade e percentagem.....	32
Tabela 3: Caracterização da amostra de acordo com o sexo.....	33
Tabela 4: Caracterização da amostra de acordo com a cor.....	33
Tabela 5: Caracterização da amostra de acordo com o estado civil.....	33
Tabela 6: Caracterização da amostra de acordo com a escolaridade.....	34
Tabela 7: Caracterização da amostra de acordo com a ocupação.....	34
Tabela 8: Caracterização da amostra de acordo com se o sujeito trabalhou no último ano ou não.....	35
Tabela 9: Caracterização da amostra de acordo com a renda familiar.....	35
Tabela 10: Caracterização da amostra de acordo com o grau de dependência..	36
Tabela 11: Coeficiente de Correlação entre idade, sexo, cor, estado civil, nível de escolaridade e ocupação, e severidade da doença, e fatores da escala SOCRATES (Níveis de reconhecimento, ambivalência e ação) no momento 1 (entrada na Instituição).....	62
Tabela 12: Coeficiente de Correlação entre estar trabalhando no ano, renda familiar, severidade da doença, e fatores da escala SOCRATES (Níveis de reconhecimento, ambivalência e ação) no momento 1 (entrada na Instituição).....	62
Tabela 13: Valores médios, mínimos e máximos da escala SOCRATES nos quatro momentos de avaliação, tomando os escores totais, sem os fatores (Reconhecimento, Ambivalência e Ação).....	64
Tabela 14: Comparação entre as diferentes fases do tratamento, levando em conta os fatores avaliados pela escala SOCRATES (Reconhecimento, Ambivalência e Ação).....	65

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Círculo Vicioso do Alcoolismo.....	8
Figura 2: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 1.....	37
Figura 3: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 3.....	38
Figura 4: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 4.....	39
Figura 5: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 5.....	40
Figura 6: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 6.....	41
Figura 7: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 7.....	42

Figura 8: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 12.....	43
Figura 9: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 13.....	44
Figura 10: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 14.....	45
Figura 11: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 15.....	46
Figura 12: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 16.....	47
Figura 13: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 18.....	48
Figura 14: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 19.....	49

Figura 15: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 21.....	50
Figura 16: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 22.....	51
Figura 17: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 23.....	52
Figura 18: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 2.....	53
Figura 19: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 8.....	54
Figura 20: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 9.....	55
Figura 21: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 10.....	56

Figura 22: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 11.....	57
Figura 23: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 17.....	58
Figura 24: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 20.....	59
Figura 25: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 24.....	60
Figura 26: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 25.....	61

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Questionário de Dados Demográficos dos Sujeitos.....	77
Anexo 2: SADD ( <i>Short Alcohol Dependence Data</i> ).....	78
Anexo 3: SOCRATES ( <i>The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale</i> ).....	80
Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84

RESENDE, G. L. O. (2003). *Prontidão e Tratamento em Alcoolistas: Análise de um Programa*. Dissertação de Mestrado. PUC-Campinas. 84 p.

### RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi verificar a prontidão para iniciar o tratamento e o efeito de um tratamento (Modelo Minnesota) em alcoolistas em um centro de tratamento para dependência química, no Brasil. Participaram dessa pesquisa, 25 pacientes alcoolistas, de grau moderado e severo, com idade entre 23 a 60 anos, de ambos os sexos que deram entrada no centro de tratamento de dependência química. O procedimento realizado constou de contato inicial com os sujeitos para a explanação dos objetivos da pesquisa e preenchimento do consentimento informado. Com o objetivo de identificar o grau de prontidão para mudança / motivação dos sujeitos no início, meio, término e após o tratamento e avaliar os índices de recuperação, as entrevistas foram feitas em etapas. A primeira entrevista foi realizada no primeiro dia do tratamento dos sujeitos e constou de dados demográficos, e aplicação dos Instrumentos Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) e The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). A segunda entrevista foi realizada vinte e três dias após o início do tratamento, a terceira no término do tratamento e a quarta um mês após o término do tratamento, que foi considerado o seguimento. Essas entrevistas constaram da Escala SOCRATES. Os principais resultados deste estudo mostraram que os participantes eram predominantemente homens (80%), brancos (60%), casados ou amasiados (60%), do 1º grau (60%), sem ocupação (60%), com renda familiar entre 2 a 5 salários mínimos (40%) e com comprometimento grave da doença (76%). Houve correlação significativa entre os fatores da escala SOCRATES de ambivalência e reconhecimento, reconhecimento e ambivalência, ação e reconhecimento e reconhecimento e ação na entrada do tratamento. Na comparação entre os fatores da escala nas diferentes fases do tratamento não houve diferença significativa, não havendo diminuição da ambivalência. Os resultados possibilitaram concluir que se faz necessário seguimento dos pacientes em longo prazo após o término do programa para se ter uma maior noção de sua evolução, e pesquisas que visem verificar a eficácia particular dos modelos de tratamento a fim de fortalecer a motivação para a mudança e diminuir a ambivalência dos pacientes.

*Palavras-chave: prontidão; intervenção psicológica; alcoolistas; programa de tratamento*

RESENDE, G. L. O. (2003). *Readiness and Treatment in Alcoholics: Analysis of a Programme*. Mastering dissertation. PUC-Campinas. 84 p.

### ABSTRACT

This study aims to verify the readiness to begin a treatment and the effect of a treatment (Minnesota Style) done to alcoholics in a center for treatment in Brazil for those who are drug dependents. In this survey, 25 alcoholic patients were treated. The patients ranged from severe to moderate level of addiction, aged from 23 to 60 years old, male and female who came to be treated at the center for treatment of alcohol dependents. The procedure consisted of first contact with the subjects for an explanation of the aims of the research and the filling in of their informed consent to it. With the aim of identifying the level of readiness to change / motivation of the subjects in the beginning, middle, at the end and after the treatment and to evaluate the rate of recovering, the interviews were done in stages. The first one was performed on the very first day of the treatment and consisted of demographic data and the application of the instruments Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) and The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). The second interview was done 23 days after the beginning of the treatment and the third one at the end. The fourth interview was done a month after the end of the treatment, which was considered the follow-up. Those interviews consisted of the SOCRATES scale. The main results of this study showed that the majority of the participants were predominantly men (80%), white men (60%), married or living in concubinage (60%), having studied only up to the first 4 years of elementary school (60%), without an occupation (60%), with a family income from 2 to 5 minimum wages (40%) and having a serious exposure to the disease (76%). There has been a correlation among the SOCRATES scale factors of ambivalence and acknowledgement, acknowledgement and ambivalence, action and acknowledgement and acknowledgement and action in the entrance to the treatment. Comparing the factors of the scale in the different stages of the treatment, there has been no significant difference, thus having no reduction of the ambivalence. The results made it possible to conclude that there must be a valuation of the patients in a long term basis after the end of the programme so as to have a better notion of their gradual development on the stages, and researches which aim to verify the specific efficacy of the patterns of treatment so as to encourage the motivation for a change and to lower the ambivalence of the patients.

*Key-words: readiness; psychological intervention; alcoholics; programme of treatment*



## **APRESENTAÇÃO**

A Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos (APADEQ) é uma entidade civil, sem fins lucrativos e sem conotação política e religiosa, de caráter assistencial, educativo e científico, fundada a 9 de fevereiro de 1988, e com duração indeterminada, que tem sede e foro na cidade de São João del-Rei, e foi considerada Entidade de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal. Fiz parte do processo de sua fundação.

A APADEQ é cadastrada, conforme portaria n.º 20, de 24 de novembro de 1999, republicada no Diário Oficial de 01 de dezembro de 1999, na Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), órgão vinculado a Casa Militar da Presidência da República e responsável pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle das atividades de prevenção, repressão e recuperação dos dependentes químicos no país. Através deste órgão ela também recebe subvenções sociais para serem aplicados em seus projetos.

Ela também é licenciada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, conforme resolução – RDC N.º 101, de 30 de maio de 2001, publicada no Diário Oficial em 31 de maio de 2002, que trata do regulamento técnico para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas – serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial.

A APADEQ tem como objetivo a prevenção, a pesquisa e o tratamento da dependência química. Integram o quadro social da APADEQ, um número ilimitado de sócios. Na área educativa e de prevenção, desde 1988, a APADEQ vem oferecendo cursos anuais e esclarecedores sobre dependência química para a comunidade sanjoanense.

Atualmente, também, a sua equipe de prevenção, dentro do **Programa Construindo**, vem oferecendo cursos sobre o assunto para professores e diretores escolares da cidade, montando com eles um programa de prevenção às drogas em suas escolas.

Na área científica e de pesquisa fundei, dentro da APADEQ, em 03 de outubro de 1989, o Centro de Estudos sobre Dependência Química (CEDEQ). Um grupo de caráter interdisciplinar com o objetivo de aprofundamento do conhecimento sobre dependência química.

Como, além de ser o seu orientador científico, sou também professor do Curso de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), tenho propiciado um intercâmbio científico entre as duas instituições, através de pesquisas de professores e estágios para os alunos.

Na parte assistencial e de tratamento, com recursos de verbas do governo federal e de empresas privadas, foi construído o centro de tratamento para dependentes químicos da APADEQ. Ele foi construído num terreno de 5.160m<sup>2</sup> doado pela Prefeitura Municipal de São João del-Rei em 1988. Hoje são 1600m<sup>2</sup> de área construída.

O centro de tratamento foi inaugurado em 22 de Junho de 1998, com o nome de **Vila Esperança**, e hoje possui toda a infra-estrutura necessária para esse gênero de trabalho, em um ambiente favorável ao tratamento residencial do dependente químico, de ambos os sexos. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos, conselheiros em dependência química, serviço social e equipe de enfermagem.

A **Vila Esperança** oferece os seguintes serviços: tratamento residencial, pós-tratamento com a duração de um ano, programa familiar semanal, tratamento residencial específico para recaídas, alimentação sob supervisão de nutricionista e acompanhamento médico e terapêutico.

Ela utiliza o Modelo Minnesota, originário dos EUA, que se baseia nos “Doze Passos” dos grupos anônimos de auto-ajuda. Esse modelo adota o tratamento voluntário residencial (internação) do dependente, por cerca de 45 dias, e tem por objetivos: a abstinência de qualquer substância química que altere a mente, a reintegração do indivíduo na família e na sociedade e a reformulação de seu estilo de vida.

Também são utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais em terapias de grupo e individual, palestras informativas sobre dependência química, projeção de vídeos especializados, dinâmicas de grupo, tarefas de acordo com um plano individual de tratamento e tarefas comunitárias e acompanhamento durante 24 horas.

Desde a sua inauguração até hoje, – 1998/2002 – a **Vila Esperança** atendeu 600 pacientes, com faixa etária de 15 a 60 anos, sendo de ambos os sexos e a maioria apresentando polidependência de drogas. Do total desses pacientes, 60,59% receberam alta, 24,87% abandonaram o tratamento e 14,54% foram desligados do centro de tratamento.

Diante desses dados, eu, como orientador científico da **Vila Esperança**, passei a me preocupar com a melhoria da aderência\* ao tratamento desses pacientes. Percebi que mesmo com toda a infra-estrutura na assistência do centro de tratamento, ainda não existia, lá, um estudo para detectar o grau de prontidão para o tratamento dos pacientes a fim de se conhecer o índice de recuperação.

O tema da dissertação de mestrado foi escolhido em função dessa necessidade, uma vez que esse estudo poderá contribuir muito na recuperação desses pacientes dependentes químicos.

O alcoolismo atinge 10% da população brasileira (Laranjeira & Pinsky, 1998). A dependência do álcool gera sérios problemas físicos, psicológicos e sociais (Resende, 1999). O problema é de âmbito mundial.

O alcoolismo traz seqüelas físicas, quais seja, pressão alta, pancreatite, úlcera, cardiopatia, cirrose; psicológicas, como, problemas de memória, irritabilidade, nervosismo, insônia, depressão, ansiedade e sociais, como o desemprego, problemas conjugais e familiares, acidentes de trabalho e automobilístico e prisões.

Em nosso meio, o álcool etílico (etanol), constitui-se na substância psicoativa de uso mais disseminado, como ocorre na maioria dos outros países (Laranjeira & Nicastri, 1996).

No Brasil, o alcoolismo é a terceira causa de aposentadorias por invalidez e ocupa o segundo lugar entre os demais transtornos mentais (Oliveira, 1994).

Pesquisadores do CEBRID analisaram em 1996 mais de 19.000 laudos cadavéricos feitos entre 1986 e 1993 no IML central de São Paulo e constataram que, de cada 100 corpos que entraram no Instituto Médico Legal neste período, vítimas de morte não natural, 95 tinham álcool no sangue.

Em 1997, pesquisa realizada nas cidades de Recife, Brasília, Curitiba e Salvador, mostrou a alta presença do uso de drogas, especialmente álcool, nas situações de violência no trânsito.

De acordo com Ramos (1990), o custo de álcool e drogas no Brasil corresponde a 7,9% do seu PIB (produto interno bruto).

No Brasil não se tem ainda uma política clara de tratamento para os alcoolistas. Com relação ao tratamento do alcoolismo no mundo, o índice de recuperação ainda é modesto, oscilando entre 30 a 50% e as evidências científicas sugerem que aproximadamente 50-60% desses pacientes apresenta recaída dentro dos primeiros meses após o tratamento.

Atualmente, é necessário mais pesquisas sobre a motivação dos pacientes alcoolistas, a fim de que melhore a sua aderência ao tratamento, previna futuras recaídas e aumente a eficácia dos resultados terapêuticos.

Em nível pessoal, como pesquisador e clínico na área de dependência química, há 13 anos, procuro estudar a motivação para o tratamento, para que possa auxiliar os pacientes com problemas de drogas. Creio também, que esse trabalho poderá contribuir para a melhoria e refinamento dos atendimentos em outros serviços de atendimento à dependência química.

## INTRODUÇÃO

### **O alcoolista: características, conceituação, incidência**

Alcoolismo é o termo geralmente usado para um transtorno marcado pelo uso crônico e excessivo de álcool, resultando em problemas psicológicos, interpessoais e médicos (Kaplan & Sadock, 1993).

O álcool, a nicotina e a cafeína são as drogas mais amplamente usadas na civilização ocidental, sendo o álcool a mais destrutiva das três (Schuckit, 1991).

Há muitos anos, a dependência de álcool foi objeto de estudos sob vários enfoques. O uso do álcool é detectado desde os tempos bíblicos, mas foi somente ao final do século XVIII e começo do XIX que o conceito de beber excessivo como uma condição clínica apareceu na literatura (Laranjeira & Nicastri, 1996).

Dois nomes são especialmente ligados à introdução do conceito de alcoolismo: Benjamin Rush, nos EUA e Thomas Trotter, no Reino Unido (Laranjeira & Nicastri, 1996).

A idéia de alcoolismo como doença foi fortalecida com o surgimento de Alcoólicos Anônimos, em 1935. A suposição era de que o alcoolismo “seria uma alergia física associada a uma obsessão mental pelo álcool” (Silkworth, 1939, apud AAWS, 1985).

De acordo com essa teoria os alcoolistas seriam pessoas com genética e personalidade diferentes das outras pessoas e teriam uma sensibilidade especial ao álcool e uma vulnerabilidade ao alcoolismo.

O alcoolismo foi considerado como doença pela Associação Médica Americana em 1956 e pela Organização Mundial de Saúde em 1965.

Jellinek, 1940, (apud Edwards, 1999) foi um cientista americano que contribuiu profundamente e teve grande influência no estudo do alcoolismo. Há vinte anos, ele definiu cinco categorias de alcoolismo.

**Alcoolismo alfa:** ingestão excessiva por razões puramente psicológicas, sem evidência de adaptação “tissular”.

**Alcoolismo beta:** ingestão excessiva que levou a dano tissular, porém sem dependência do álcool.

**Alcoolismo gama:** ingestão excessiva com evidência de tolerância e abstinência; consumo oscilante, com picos, e acentuada “perda de controle”.

**Alcoolismo delta:** ingestão excessiva, também com evidência de tolerância e abstinência, mas com um nível muito mais estável de consumo de álcool.

**Alcoolismo épsilon:** ingestão em surtos.

Edwards propôs, em 1976, o que chamou de síndrome da dependência do álcool (SDA) que se caracteriza por:

- 1 – Estreitamento do repertório do beber: com o passar do tempo, dias de abstinência ou de consumo baixo vão se tornando mais raros e o comportamento de beber vai ficando cada vez mais estereotipado, mais estreitado.
- 2 – Saliência de comportamento de busca do álcool: o indivíduo dá prioridade ao ato de beber, mesmo em condições de doença física grave.
- 3 – Aumento da tolerância ao álcool: o indivíduo ingere uma dose maior de álcool para obter o mesmo efeito anteriormente conseguido com doses menores.
- 4 – Sintomas repetidos de abstinência: variam em frequência e intensidade e se caracterizam por mal-estar físico e psicológico quando o indivíduo deixa de beber.

5 – Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo beber: o nível de dependência está relacionado com o tempo entre o acordar e a primeira dose diária.

6 – Sensação subjetiva de necessidade de beber: o indivíduo tem o desejo de uma outra dose e o considera irracional, tenta-se resistir a ele, mas acaba-se tomando a outra dose.

7 – Reinstalação da síndrome após a abstinência: depois da recaída, a síndrome, aos poucos vai assumindo as características que tinha antes do período de abstinência.

Cloninger, 1987 (apud Costa, 1998) classificou dois tipos de alcoolismo:

**Alcoolismo Tipo 1:** Surge depois dos 25 anos, há comorbidade, dependência psicológica, tolerância, sentimento de culpa, herança materna e um prognóstico melhor.

**Alcoolismo Tipo 2:** Surge antes dos 25 anos, há morte e demência precoce, transtorno de personalidade borderline, dependência cruzada, dependência física, aumento da agressividade e da impulsividade, herança paterna e prognóstico pior.

Atualmente, o conceito de dependência química do Manual Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, DSM-IV, APA (1995) que se aplica também ao alcoolismo é o seguinte:

1 – Tolerância, definida por qualquer um dos aspectos:

(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir intoxicação ou efeito desejado.

(b) Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

2 – Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

(a) síndrome de abstinência característica para a substância.



(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

3 – A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

4 – Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.

5 – Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por exemplo, consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por exemplo, fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos.

6 – Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.

7 – O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por exemplo, o uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).

Nos Estados Unidos, estima-se que existam cerca de 13 milhões de pessoas classificadas como alcoolistas (Kaplan e Sadock, 1993). De acordo com o DSM-IV (1995) a dependência e o abuso de álcool estão entre os transtornos mentais mais prevalentes na população geral. Segundo este manual, citando um estudo comunitário realizado nos Estados Unidos, de 1980 a 1985, cerca de 8% da população adulta norte-americana tem dependência de álcool e cerca de 5% tem abuso de álcool. Mais de 2/3 dos homens em países ocidentais bebem mais do que apenas ocasionalmente, com uma proporção homem/mulher de aproximadamente 1,3 : 1. Os anos de pico de incidência de bebedores e o maior consumo per capita estão,

provavelmente, entre os 16 e 25 anos, após os quais há um decréscimo com a idade (Schuckit, 1991).

No Brasil, um levantamento realizado em 1997 pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), com estudantes de escolas públicas das capitais brasileiras constatou que cerca de 75% deles afirma ter consumido bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida, 29% já havia usado bebidas alcoólicas até se embriagar, 15% faziam uso freqüente e constatou também que o álcool e o tabaco são as drogas mais usadas por eles.

Também no Brasil, em 1997, segundo dados do Datasus, registraram-se cerca de 4.146 casos de alcoolismo, sendo que 90% eram homens (Baltieri & Focchi, 2001).

Grande esforço tem sido feito pelas sociedades para tratar indivíduos que apresentam este problema. Entretanto, grande parte destes tratamentos perde sua eficácia devido às condições que envolvem o próprio sujeito. Uma destas condições é a prontidão para a mudança. Este tema será discutido a seguir.

## **Análise do comportamento de prontidão para mudança**

Do ponto de vista da análise do comportamento a prontidão para a mudança pode ser relacionada às variáveis ambientais que alteram comportamentos, em vez de ser relacionada a processos internos do indivíduo.

Keller e Schoenfeld, 1950 (apud Cunha, 1995) chamaram a atenção para a necessidade de se conceituar “motivação”, como uma variável controladora do comportamento, além dos eventos ambientais que funcionam como reforçadores.

O termo tradicional “motivação” é virtualmente sinônimo de operação estabelecadora, exceto que motivação é um termo freqüentemente usado para se referir a algo que reside dentro do organismo. Os analistas do comportamento freqüentemente evitam termos mentalísticos e preferem concentrar sua análise no organismo e nas circunstâncias que o controlam. Ao dizer que um organismo é motivado, diz-se que algo está servindo como um reforçador (Michael, 1953, apud Cunha, 1995).

Michael, 1953 (apud Cunha, 1995, p. 12) define motivação como operações estabelecadoras. “Operação estabelecadora é uma variável ambiental, operação ou estímulo que momentaneamente altera a eficácia reforçadora ou punitiva de algum objeto, evento ou estímulo, e momentaneamente altera a freqüência de um tipo de comportamento que tem sido reforçado por aquele objeto, evento ou estímulo.”

Dito de outra forma, uma operação estabelecadora (EO) é um evento ambiental, operação, ou estímulo condicional que está correlacionado filogeneticamente ou ontogeneticamente com a eficácia reforçadora ou punitiva de outros eventos, estímulos, ou objetos e evoca ou suprime o tipo de comportamento que foi reforçado ou punido por aqueles eventos, estímulos ou objetos (Michael, 1983).

A proposta conceitual e metodológica de operações estabelecidas, proposta inicialmente por Keller e Schoenfeld em 1950 e retomada por Michael em 1982 não apenas estabelece uma nova linha de pesquisa na análise experimental, como também prioriza a variável motivacional como evento ambiental tratado como uma variável independente, ou seja, enfatiza o estudo do controle desta variável sobre o comportamento (Cunha, 1995).

A contribuição de Michael em 1982 no estudo das operações estabelecidas é muito útil no entendimento da análise do comportamento de prontidão para a mudança em alcoolistas.

Nas fases iniciais do alcoolismo, o alcoolista aprende que uma dose de bebida o faz se sentir muito bem (é reforçadora), o que aumenta a probabilidade de repetir o comportamento no futuro, pois quando o comportamento produz uma recompensa para a pessoa, ele será mantido e aumentará em frequência (Whaley & Malott, 1980). Logo, duas doses muito melhor e mais adiante, três doses melhor ainda, o comportamento torna-se extremamente reforçado.

Mais à frente suas células vão se adaptando ao álcool, adquirindo a tolerância pela droga e também vai se sentir mal quando não estiver bebendo. Então, aparece a consequência aversiva, proveniente da ausência do álcool no organismo (abstinência). Posteriormente vão surgindo os problemas de ordem social, psicológica e física relacionados a sua dependência, ou seja, os estados aversivos conforme mostrado na figura 1.

O comportamento de ingerir álcool é reforçado de forma imediata pela sensação agradável que o álcool produz no organismo. Este comportamento de dependência continua sendo reforçado até que as consequências aversivas em longo prazo começam a surgir. Neste momento, o comportamento não é mais mantido por contingências reforçadoras positivas mas por contingências reforçadoras negativas. O indivíduo continua a beber para se esquivar das

contingências aversivas (abstinência = respostas do organismo à falta do álcool). O comportamento passa a ser negativamente reforçado. O indivíduo bebe para se esquivar das sensações aversivas que a falta do álcool lhe traz.

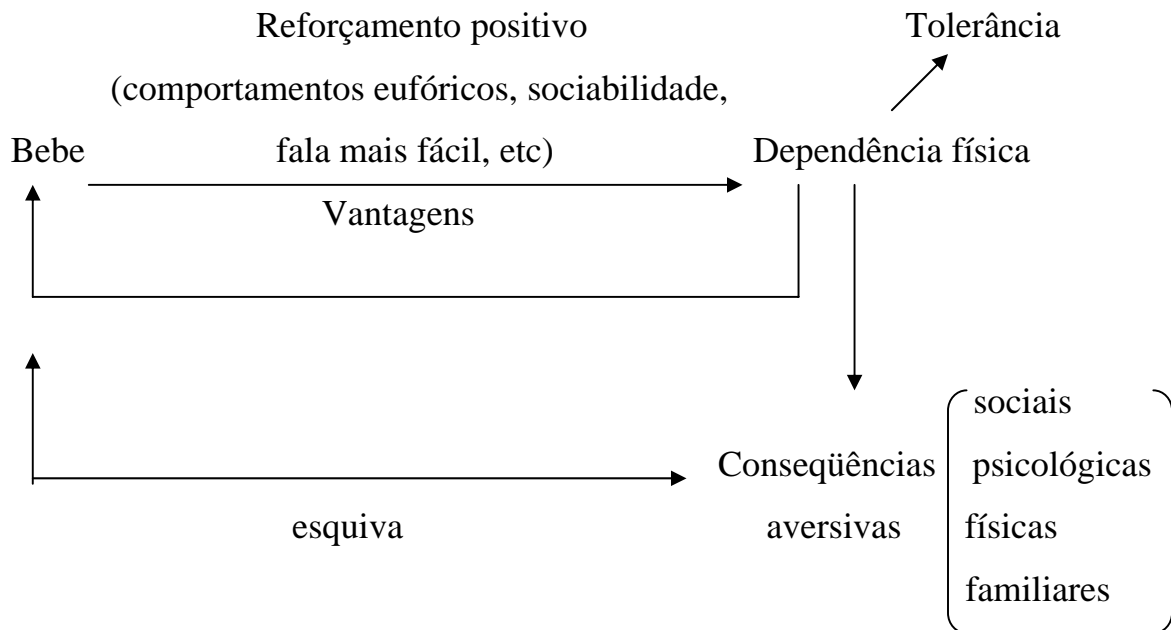


Fig. 1: Círculo Vicioso do Alcoolismo

Isto resulta em conseqüências sociais, familiares e funcionais muito negativas em longo prazo. O indivíduo perde o emprego, a família se isola, os amigos desaparecem. Quando estas contingências se tornam muito importantes, o indivíduo pode começar a apresentar comportamentos indicadores de prontidão para mudar.

Na abordagem da Análise do Comportamento, as operações estabelecedoras vão aumentar ou diminuir a probabilidade que um comportamento ocorra. No caso do alcoolista, o que vai favorecer as condições para mudança é a privação de seu bem-estar, ou seja, ele quer sair, por esquiva, dos estados aversivos gerados pela sua dependência e reduzir os efeitos deletérios do ponto de vista social, funcional e pessoal.

Além da análise do comportamento de prontidão para a mudança, a compreensão dos vários estágios de motivação pelos quais o alcoolista passa e do seu tratamento também é muito útil no estudo do alcoolismo. Este é o tópico que veremos a seguir.

## **Tratamento, aderência e prevenção de recaída em alcoolistas**

Neste estudo, nos apropriaremos do Modelo dos Estágios de Mudança de Prochaska e DiClemente desenvolvido em 1982, que se mostrou muito útil na compreensão de como ocorre a mudança no comportamento do alcoolista e que pode ser incorporado com facilidade na abordagem da análise do comportamento.

Prochaska & DiClemente desenvolveram, em 1982, um modelo útil de como ocorre a mudança. Eles descreveram vários estágios pelos quais as pessoas passam nesse processo.

Primeiramente os estágios de mudança foram descritos como uma porta giratória, um modelo em espiral que possibilita uma ilustração mais fidedigna de como a maioria das pessoas se movimenta através dos estágios.

O Modelo da porta giratória dos Estágios de Mudança inclui aspectos como um estágio inicial de contemplação, evoluindo para a ação de mudança, e já com uma vida livre de adição, os esforços de manutenção e uma possível recaída.

Os estágios de mudança são muito úteis na compreensão dos comportamentos aditivos.

No estágio da pré-contemplação o indivíduo ignora os aspectos negativos de seu problema e não leva em conta a necessidade de ajuda. Na contemplação a pessoa passa a tomar consciência de seu problema com drogas, estabelecendo-se o conflito. Logo depois, quando a pessoa entra no estágio da preparação, ela inicia tentativas de mudar o seu comportamento aditivo e já estará pronta para a ação. Colocando em prática estas tentativas, a pessoa estará no estágio de ação. No estágio da manutenção o indivíduo evita a recaída, modifica seu estilo de vida, alcança a abstinência e consolida suas

mudanças. Finalmente a recaída pode ocorrer. Caso ela ocorra, o dependente será obrigado a passar várias vezes pelos estágios de mudança.

Estes estudos da motivação muito contribuíram para a abordagem do tratamento do alcoolismo.

Existem atualmente inúmeros tratamentos, que serão descritos a seguir.

Os Alcoólicos Anônimos são uma irmandade mundial de homens e mulheres alcoolistas, contando atualmente com cerca de 2 milhões de membros no mundo que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolverem seu problema comum e ajudarem outras pessoas a se recuperarem do alcoolismo. Embora tendo um programa de aperfeiçoamento espiritual, não está ligada a nenhuma seita ou religião, a nenhum movimento político, a nenhuma organização ou instituição. Nasceu na cidade de Akron, Ohio (EUA), em 10 de Junho de 1935, durante uma conversa entre um corretor da Bolsa de New York e um médico daquela cidade.

O único requisito para se tornar membro de A.A. é o desejo de parar de beber. Durante as reuniões, com frequência são feitas referências aos “Dozes Passos”, que expressam a ideologia básica dos A.A. Estes passos são os seguintes (AAWS, 1985):

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.

2. Viemos acreditar que um Poder Superior a nós poderia devolver-nos a sanidade.

3. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus *na forma como O concebíamos*.

4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.

5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas.



6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.

8. Fizemos relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

9. Fizemos reparações diretas aos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.

10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contanto consciente com Deus, *na forma como O concebíamos*, rogando apenas o conhecimento de sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.

12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

As reuniões se encerram com todos os membros rezando a Oração da Serenidade:

“Concedei-nos, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar aquelas que podemos e sabedoria para distinguir umas das outras.”

E as Doze Tradições resumem-se em: colocar o bem-estar do grupo em primeiro lugar, os líderes seriam servidores de confiança, autonomia e auto-suficiência dos grupos, não sancionar, financiar ou emprestar o nome de A.A.,

não profissionalismo, relações com o público baseando-se na atração em vez da promoção, anonimato e colocar os princípios acima das personalidades.

Os A.A. também têm 3 legados que são os seguintes: Recuperação, Unidade e Serviço.

O alcoolismo é encarado pelos A.A. como uma doença primária, ou seja, seria uma “alergia física associada a uma obsessão mental pelo álcool” (Silkworth, 1939, apud AAWS, 1985). Sendo assim o alcoolista deveria “evitar o primeiro gole”. A irmandade tem como processos operativos essenciais: idéias coerentes e flexíveis, plano de ação, recompensas da sobriedade, possibilidade de recuperação (Edwards, 1995).

Adotando a filosofia dos A.A., existe também o AL-ANON para familiares de alcoolistas e o AL-TEEN para filhos de alcoolistas.

Outra abordagem no tratamento de alcoolistas é a terapia motivacional. Trata-se de um estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança de comportamento, ajudando os clientes a explorar e resolver sua ambivalência (Miller & Rollnick, 2001). Ela engloba técnicas de várias abordagens, tais como psicoterapias breves, terapia centrada no cliente, terapia sistêmica, terapia cognitiva e psicologia social de persuasão, envolvendo componentes diretivos e não diretivos. Nessa abordagem ao invés do terapeuta propor soluções ou sugestões para o cliente, ele oferece condições de crítica que propiciem ao cliente o espaço para uma mudança natural (Jungerman & Laranjeira, 1999).

A confrontação direta e a persuasão são evitadas uma vez que aumentam as resistências do paciente, mas ao mesmo tempo o terapeuta tem uma postura diretiva, escolhendo ativamente o momento certo de intervir, auxiliando o cliente a lidar com sua ambivalência.

A terapia motivacional baseia-se em dois conceitos importantes. O primeiro deles é o de **ambivalência**, que em se tratando da dependência de

drogas, seria o conflito psicológico que o paciente vive entre continuar se drogando e parar de se drogar (motivação flutuante).

O segundo conceito é o de **prontidão para a mudança**, baseada no modelo de “Estágios de Mudança”: Pré-Contemplanção, Contemplanção, Preparação, Ação, Manutenção e Recaída.

Existem 5 estratégias básicas na técnica da terapia motivacional que são: expressar empatia (escuta técnica reflexiva), desenvolver discrepância (evidenciar a distância entre onde o cliente está e onde ele gostaria de estar), evitar discussões (elas suscitam defesas e resistências), fluir com a resistência (saber reconhecer o momento do cliente) e estimular a auto-eficácia (crença da própria pessoa na sua habilidade de executar uma tarefa).

Na terapia farmacológica, os medicamentos mais utilizados são:

Ansiolíticos: a síndrome de abstinência de moderada a grave constitui uma complicação médica, devendo o paciente ser tratado em clínica especializada ou ambiente hospitalar, embora o internamento domiciliar possa eventualmente ser utilizado nos casos não complicados (Oliveira & Sena, 1994). Os benzodiazepínicos são as drogas de escolha e o mais utilizado é o diazepam. Porém, o uso destes medicamentos tem se restringido a tratar a síndrome de abstinência ao álcool com retirada rápida. O tratamento crônico com eles não é indicado em função do grande potencial de dependência induzido pelos benzodiazepínicos.

Antidepressivos: os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, tendo como exemplo a fluoxetina, a sertralina, o citalopran, não reduzem a taxa de recaída, porém podem ser usados para tratar comorbidades como a depressão e a ansiedade (Baltieri & Focchi, 2001).

Dissulfiram (Antabuse): foi a primeira droga aprovada anteriormente para o tratamento da dependência do álcool em 1951. Oferece proteção por 24 a 48 horas após a última dose. Ele bloqueia o metabolismo no ponto de

produção de acetaldeído, de tal maneira que o paciente passa a ter um “envenenamento” transitório com acetaldeído se ingerir álcool após a droga. Pacientes com doença cardíaca, insuficiência vascular cerebral, doença do fígado ou diabetes não deve recebê-lo.

Naltrexone (Ré Via): também foi aprovado pelo FDA para o tratamento do alcoolismo. É um antagonista opiáceo. O álcool altera a atividade dos receptores opiáceos pelo estímulo dos opióides endógenos, provocando sensação de euforia. O bloqueio dos receptores opiáceos pelo Naltrexone seria responsável pela diminuição do efeito excitatório do álcool e isto diminuiria o apelo em usá-lo e o craving (compulsão).

Acamprosato: parece ter sua principal ação através do bloqueio no Sistema Glutaminérgico. Ele bloqueia os receptores NMDA, reduzindo a privação alcoólica. É um efetivo coadjuvante na manutenção da abstinência. Atualmente é usado clinicamente em alguns países da Europa como Alemanha, Itália, França e Inglaterra.

Em termos de psicoterapia, uma abordagem que se tem mostrado útil é a psicoterapia cognitiva-comportamental, que se originou na década de 60, com os trabalhos sobre depressão de Beck em 1963 e Ellis em 1962 e outros e tem-se desenvolvido até os tempos atuais. Historicamente, a psicoterapia cognitiva teve como precursora a terapia racional emotiva de Ellis em 1962, mas foi Beck em 1963 que lhe deu os contornos atuais. É uma abordagem diretiva, estruturada, de tempo breve e propõe tratar vários comportamentos disfuncionais.

A psicoterapia cognitiva-comportamental tem como características, segundo Serra (2000), o fato de que surgiu da pesquisa e se desenvolveu na pesquisa (modelo empiricamente validado). É um sistema psicoterápico integrado (teoria, princípios e técnicas) e tem eficácia em sua aplicabilidade. É diretiva, semi-estruturada, didática, orientada à solução de problemas

(terapeuta e paciente tem um papel ativo, sem hierarquia, trabalhando num processo colaborativo). O tempo de utilização é curto e limitado.

Thase (1996) afirmou que: “a terapia cognitiva-comportamental é um modelo de tratamento estruturado, com limite de tempo, que é adequado tanto ao formato individual como de grupo. Um curso típico de terapia dura de 12 a 20 sessões; duas sessões semanais é o esquema freqüentemente usado no início do tratamento...” (p. 46)

*“...as sessões são estruturadas de tal modo que elas começam com o estabelecimento de uma agenda ou lista de trabalho, progride no sentido de incluir atenção à vários itens da agenda, e conclui com um sumário do que foi concluído e a designação de tarefas relevantes ou atividades de auto-ajuda” (Thase, 1996)*

O sucesso da psicoterapia cognitiva-comportamental na depressão e na redução do risco de recaída encorajou sua aplicação a outros transtornos mentais (Blackburn & cols., 1987; Simons & cols., 1986, apud Beck, 1994). Resultados das pesquisas da psicoterapia cognitiva-comportamental na depressão confirmaram sua eficácia, com a mesma sendo equivalente ou superior à medicação antidepressiva e à terapia comportamental (Blackburn, 1994).

Esse tipo de psicoterapia apresenta também resultados favoráveis para fobias, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos alimentares, dependências químicas e outros transtornos. A psicoterapia cognitiva-comportamental prioriza a questão de que a cognição direciona o comportamento (Silva, 1998).

Em várias situações, os indivíduos estão sujeitos a eventos externos ou sintomas corporais nos quais as diferenças em suas interpretações cognitivas levam a diferentes padrões e intensidade de afeto e comportamento (Beck, 1994).

De acordo com Rangé (1995), o modelo cognitivo-comportamental tem como princípio fundamental a inter-relação entre cognição, emoções e comportamento. Os transtornos mentais seriam produtos de percepções e crenças distorcidas a respeito das diversas situações vivenciadas pelos pacientes. A finalidade dessa psicoterapia é auxiliar o paciente a substituir suas interpretações distorcidas por outras mais realistas e para isso envolve uma integração uniforme de uma grande variedade de técnicas cognitivas e comportamentais.

A análise dos pensamentos automáticos e de seus esquemas geradores tornará possível descobrir os tipos de distorções cognitivas que sustentam as patologias com que se defronta. Cada patologia tende a funcionar com tipos específicos de distorções cognitivas (Rangé, 1998). No caso do alcoolismo, são comuns as seguintes (Thase, 1996):

“Eu não tenho qualquer controle sobre o desejo avassalador de beber”

“Nunca serei capaz de parar de beber”

“Eu não me divirto sem ficar alto”

“Eu não consigo desempenho sem beber”

“Ninguém me obriga. Eu pararei quando estiver pronto” (p. 48).

O objetivo final dessa abordagem é a mudança de todo o modo de pensar do paciente, ajudando-o a perceber a realidade de forma mais objetiva e funcional. Ele aprenderá a identificar, analisar e substituir os pensamentos disfuncionais na terapia e expandir o aprendizado adquirido para situações de sua vida diária.

Duas correntes contribuíram na psicoterapia com dependentes químicos, a adoção de uma perspectiva de auto-controle pelos especialistas com formação comportamental, tendo como exemplo Marlatt (1993) e seu trabalho sobre prevenção de recaída e o sucesso das terapias cognitivas de Beck, Meichenbaum e Ellis (Moorey, 1994).

O tratamento do alcoolismo tem sido encarado como desafiador na organização de serviços. Vailant, 1999 (apud Figlie, 1999) mencionou dez estudos recentes e acompanhamento de longa duração sobre abuso de álcool, com metodologias diferenciadas, onde em média 44% dos pacientes atingiram a abstinência alcoólica, mas 43% voltaram a ser alcoolistas.

Em 1989, na Divisão de Tratamento e Pesquisa do NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), iniciou um estudo de 5 anos com o objetivo de determinar se abusadores e dependentes de álcool respondem diferentemente a três tipos de tratamentos (Miller, 1991): terapia dos Doze Passos, terapia cognitiva-comportamental, terapia motivacional.

O estudo foi realizado em 12 semanas com terapeutas treinados, seguindo um protocolo padrão e com distribuição aleatória dos pacientes para cada uma das três abordagens. Foram também realizados dois estudos comparativos: pacientes externos (sem tratamento) e internos (em tratamento ambulatorial) e avaliação dos efeitos da interação entre características dos pacientes e tipo de tratamento. Considerou-se, ainda, o comportamento de beber, funções psicológicas e sociais e conseqüências do beber e houve avaliação inicial e após 3, 6, 9, 12 e 15 meses. Os investigadores chegaram à conclusão que a terapia dos Doze Passos mostrou uma maior eficácia com pacientes externos com nenhuns ou poucos problemas psicológicos do que a terapia cognitiva-comportamental e a terapia motivacional.

O tratamento medicamentoso com ansiolíticos, antidepressivos, dissulfiram, medicações dopaminérgicas tem tido em geral, resultados

negativos. O uso de acamprosato, naltrexone e dissulfiram, sob supervisão direta do médico ou de seus familiares, parece ter resultados positivos e promissores (Baltieri & Focchi, 2001).

Brown & Miller, 1993 (apud Jungerman & Laranjeira, 1999) compararam oferta de breve terapia motivacional com nenhum tratamento para alcoólicos antes da internação. Ambos os grupos demonstraram diminuição no consumo semanal de álcool, mas o grupo que recebeu terapia motivacional mostrou uma redução maior, além de neste grupo o envolvimento com o tratamento ter sido maior.

Oliveira (2000) avaliou a eficácia da Intervenção Motivacional em Alcoólistas. Neste estudo comparou-se a Intervenção Motivacional com o tratamento Convencional. A amostra foi constituída por 152 sujeitos, internados em Unidades especializadas em Dependência Química. Os pacientes foram alocados, randomicamente, sendo 76 no Grupo Controle e 76 no Grupo de Intervenção. A avaliação de seguimento foi realizada três meses após a alta hospitalar. A Intervenção Motivacional demonstrou maior eficácia, maior aderência ao tratamento e maior redução da ambivalência dos pacientes do que o tratamento Convencional.

Formigoni (1992) relatou trabalhos desenvolvidos no Brasil e no Canadá baseados em intervenções de base cognitiva-comportamental na dependência de drogas, revelando a efetividade dessa técnica. Nesse trabalho comparou-se a intervenção breve com a psicoterapia de grupo. Os resultados mostraram que a intervenção breve de base cognitiva-comportamental apresentou melhores resultados, especialmente para os pacientes que fizeram uso de outras drogas, associadas ou não ao álcool. A intervenção breve demonstrou ser uma alternativa viável na abordagem de dependentes de álcool e drogas.



Carrol, 1995 (apud Crits-Christoph & Siqueland, 1996) relatou também uma pesquisa sobre a eficácia das técnicas de prevenção de recaída, de base cognitiva-comportamental em dependentes de cocaína. Seu trabalho comparou estas técnicas com a psicoterapia interpessoal. Quarenta e dois pacientes foram tratados uma vez por semana, durante 12 semanas. 57% dos 21 pacientes tratados com a psicoterapia cognitiva-comportamental ficaram abstinentes por mais de 3 semanas, enquanto que, dos 21 pacientes tratados com psicoterapia interpessoal, o índice de abstinência foi de apenas 33%.

O trabalho de Maude-Griffin, Hohenstein, Humfleet, Reilly, Tusel & Hall (1998), nos EUA, também demonstrou a eficácia da psicoterapia cognitiva-comportamental com dependentes de cocaína. Este estudo avaliou a eficácia da terapia cognitiva-comportamental e da facilitação de Doze Passos no tratamento de abuso de cocaína. Os participantes (N = 128) foram distribuídos de forma randomizada a condições de tratamento e avaliados inicialmente e nas semanas 4, 8, 12 e 26, de acordo com características demográficas; uso de álcool, cocaína e outras drogas; comportamentos de risco para HIV; funcionamento psicossocial geral; variáveis de comparação e variáveis do processo de tratamento. Foram coletadas amostras de urina a cada avaliação da pesquisa e uma vez por semana nas sessões de terapia de grupo.

Por duas variáveis de resultados diferentes, foi encontrado que os participantes submetidos à terapia cognitiva-comportamental foram significativamente mais aptos a alcançar a abstinência que os participantes submetidos à facilitação de Doze Passos. Além disso, algum suporte para as hipóteses combinadas foi encontrado, sugerindo que ambas psicoterapias podem ser efetivas de formas diferentes para subgrupos identificados de pessoas que abusam de cocaína.

Woody, 1983 (apud Crits-Christoph & Siquelan, 1996) relatou um estudo da psicoterapia com dependentes de heroína que recebiam manutenção

com metadona. A terapia cognitiva-comportamental e uma terapia psicodinâmica breve (por um período de 6 meses) foram comparadas com um grupo de controle de aconselhamento para as drogas. As psicoterapias provaram ser mais efetivas.

Esses trabalhos revelaram a eficácia da intervenção breve de base cognitiva-comportamental e a sua aplicabilidade em nosso meio. Os autores sugeriram questões importantes para o refinamento na avaliação dos resultados terapêuticos.

No estudo da aderência ao tratamento de pacientes dependentes químicos, Pinsky, Silva, Marques & Formigoni (1995) relataram um estudo qualitativo dos motivos relacionados ao abandono do tratamento de dependentes de álcool e outras drogas com trinta e nove dependentes de álcool e outras drogas e vinte e cinco colaterais (pessoas próximas indicadas pelos próprios pacientes). Entrevistas de seguimento foram realizadas aproximadamente um ano após o início do tratamento. Os pacientes apontaram como razões para abandono os fatores ambientais (30%), recaída (26%) e melhora (18%). Já como fatores colaterais acreditaram em uma baixa disponibilidade e perseverança dos pacientes (52%) como responsável pelo abandono.

Figlie (1999) descreveu um estudo da motivação em alcoolistas tratados em ambulatório específico para alcoolismo e em ambulatório tendo como base o Modelo dos Estágios de Mudança de Prochaska e DiClemente com resultados que favorecem o estudo da aderência ao tratamento. Sua amostra inicial contou com 45 pacientes do ambulatório de gastroenterologia e 60 pacientes do ambulatório especializado no tratamento de alcoolismo. O instrumento que utilizou foi uma entrevista que continha dados demográficos, Short Form Health Survey (SF-36); Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD); Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND); Padrão de

consumo de álcool e drogas; University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA); The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES); The Drinker Inventory of Consequences (DriInc) e análise laboratorial de TGO, TGP e GGT. Nos resultados da URICA e SOCRATES ambos os grupos mostraram semelhanças nos estágios de contemplação ( $p = 0,07$ ), pré-contemplação ( $p = 0,06$ ) e ação ( $p = 0,51$ ). Nas diferenças foram percebidas uma certa limitação na postura de relacionar a doença hepática com a doença alcoólica por parte dos pacientes da gastroenterologia, devido aos baixos escores de reconhecimento da doença ( $p = 0,0002$ ), manutenção ( $p = 0,01$ ) e ambivalência ( $p = 0,000$ ).

Silva, Pinsky, Marques & Formigoni (1995) descreveram um estudo sobre as situações de risco do uso de álcool e outras drogas em oitenta e dois pacientes dependentes de álcool e outras drogas (45 dependentes de álcool e 37 de outras drogas). Para análise das situações foram utilizados os Inventários de Situações de Beber (ISB) e o do uso de drogas (ISUD) baseados no Inventory of Drinking Situations (IDS-42). As situações que apresentaram risco muito alto para ambos os grupos foram: pressão social e emoções desagradáveis. Os alcoolistas apresentaram risco muito alto principalmente para pressão social, emoções agradáveis e desagradáveis e controle pessoal e risco baixo para desconforto físico. Os dependentes de drogas apresentaram risco muito alto principalmente para: pressão social, impulsos e tentações e emoções desagradáveis e risco baixo para conflito com outros.

Cruz & Costa (1999) descreveram um estudo sobre aderência (adesão) e abandono ao tratamento no grupo de atendimento a usuários de drogas no ambulatório do IPUB/UFRJ. Eles realizaram uma análise quantitativa com levantamento da frequência dos pacientes às sessões durante o período estudado, as características sócio-demográficas, as drogas utilizadas e a

associação entre as variáveis estudadas e aderência ao tratamento, utilizando uma ficha de frequência mensal dos grupos realizados e um instrumento de coleta de dados sócio-demográficos. Pacientes com trinta anos ou mais tiveram maior probabilidade de aderência ao tratamento.

Calábria (1999) relatou uma pesquisa sobre as razões do abandono de tratamento de usuários de drogas atendidos no Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana, no período de 1990 a 1995. Os instrumentos utilizados foram um questionário e entrevista e as fontes de informações foram os prontuários e as visitas domiciliares. A amostra foi colhida através dos métodos probabilísticos estratificado, proporcional ao número de casos atendidos por cada ano de estudo. Um percentual de 10% destes prontuários foi escolhido também aleatoriamente e proporcionalmente, para aplicação do questionário visando o aprofundamento do conhecimento. Falta de motivação para a continuidade do tratamento, sentimento de melhora do próprio paciente, trabalho, incompatibilidade de horário, falta de dinheiro para condução e recaídas foram as razões do abandono de tratamento mais descritos pelos pacientes.

Quinellato (1999) relatou um estudo de aderência ao tratamento com 275 pacientes alcoolistas atendidos no PAA-HUCAM-UFES, através de um estudo prospectivo envolvendo pacientes que ingressaram para tratamento. Foi realizado o cadastramento dos pacientes, que iniciaram o tratamento entre setembro/95 a dezembro/96. Na análise quantitativa dos dados utilizou-se o SPSS. A aderência ao tratamento alcançada foi de 30%.

Santos (1999) descreveu um estudo sobre o abandono do tratamento com 142 pacientes alcoolistas e dependentes de outras drogas. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental através dos prontuários, livros de registros de frequência e relatórios da instituição. Os dados de cada usuário foram registrados em ficha individual, e posteriormente foi feita a tabulação

dos dados, análise de tendência central (média), frequência simples e percentual. Foi encontrado um índice de aderência ao tratamento de 24,65% .

Para prevenir a recaída, Marlatt & Gordon (1993) criaram um programa de automanejo, chamado de prevenção de recaída que visa melhorar o estágio de manutenção do processo de mudança de hábitos (Oliveira, 1997). Em vez de ser vista como insucesso ou fracasso, uma recaída pode ser encarada como uma oportunidade para a ocorrência de um novo aprendizado.

Segundo Marlatt & Gordon (1993), ao abordar a prevenção de recaída do dependente químico, numa abordagem cognitiva-comportamental, haveria três tipos de situação de risco de recaída, pela ordem de importância: estados emocionais negativos (35%), pressão social (20%) e conflitos interpessoais (16%).

A prevenção de recaída fundamenta-se, segundo Marlatt & Gordon (1993) em quatro pontos básicos: 1) identificação e antecipação de situações de risco, internas ou externas, que podem levar o indivíduo a recair no uso de drogas; 2) aprendizagem das habilidades cognitivas e comportamentais úteis para lidar com situações de alto risco e enfrentá-las; 3) aprendizado da modificação de crenças, pensamentos e atitudes associadas com aqueles comportamentos de consumir drogas; 4) modificação no estilo de vida.

As técnicas de prevenção de recaída envolvem: automonitoramento, avaliação comportamental, treinamento de relaxamento, manejo do estresse, uso da imaginação para aumento da eficácia, contrato para limitar a extensão do uso da droga, cartão-lembrete, entre outras.

Se o indivíduo é capaz de executar uma resposta de enfrentamento cognitiva ou comportamental eficaz na situação de alto risco, a probabilidade de recaída diminui significativamente. À medida que a duração da abstinência aumenta, e o indivíduo é capaz de lidar efetivamente com mais e mais

situações de alto risco, a percepção de controle aumenta de uma forma cumulativa e a probabilidade de recaída diminui proporcionalmente (Marlatt & Gordon, 1993).

Dada a complexidade das variáveis envolvidas no tratamento e adesão de alcoolistas é que se propõe o presente estudo com os seguintes objetivos:

### **OBJETIVO GERAL:**

- Verificar a prontidão e o efeito de um tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento para dependência química.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Verificar o grau de severidade da dependência alcoólica dos sujeitos na entrada para o tratamento.
- Identificar o grau de prontidão para a mudança nas diferentes fases do tratamento.
- Comparar os índices de prontidão para mudança nas diferentes fases do tratamento, ou seja, no início; após 23 dias; após a alta e em 1 mês de seguimento.
- Comparar os sujeitos nas diferentes fases do tratamento.

## MÉTODOS

### PARTICIPANTES

Participaram dessa pesquisa, 25 pacientes alcoolistas, de grau moderado e severo, com idade entre 23 a 60 anos, de ambos os sexos que deram entrada no centro de tratamento de dependência química.

Os sujeitos não tinham diagnóstico primário de dependência de outra substância, não portavam problemas físicos ou psíquicos graves, e não tinham história de problemas psiquiátricos outros, que não a dependência, e também não tinham deficiência cognitiva relevante.

Foram excluídas da amostra internas que eram dependentes de outras substâncias que não o álcool.

### MATERIAL

Foi utilizada uma Ficha de identificação, contendo dados demográficos com dados informativos sobre: idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar (Anexo 1).

Um questionário denominado Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD). Este instrumento foi elaborado por Raistrick et al. em 1983 da versão original (ADD) perfazendo 15 itens. Esta escala investiga o grau de severidade da dependência alcoólica em leve, moderada e grave e foi validada no Brasil por Jorge e Masur em 1985, apresentando uma correlação do coeficiente de Spearman  $r = .81$  e confiabilidade de teste – reteste  $r = .90$  (Figlie, 1999) (Anexo 2). As instruções do teste são que as perguntas dizem respeito a uma série de fatores relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas. É solicitado ao sujeito que ouça atentamente cada pergunta e

responda as questões tendo em vista a época em que ele estava bebendo e que responda cada pergunta com a resposta que lhe parecer mais apropriada. As respostas são avaliadas em termos de uma escala, Nunca; Poucas Vezes; Muitas Vezes; Sempre. É apresentado um cartão de respostas ao sujeito contendo as respostas alternativas. Os resultados são pontuados de 0 a 9 para Grau de Dependência Leve, de 10 a 19 para Grau de Dependência Moderada e acima de 20 para Grau de Dependência Grave.

Uma escala denominada The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES), que investiga o grau de prontidão/motivação para a realização do tratamento através dos estágios de reconhecimento, ambivalência e ação. Inicialmente foi delineada por Miller em 1996 em uma versão com 32 itens, que posteriormente foi comentada por 12 pesquisadores, resultando na versão atual (19 itens), que foi validada no Projeto MATCH, com consistência interna: ação = .83, reconhecimento = .85, ambivalência = .60 e confiabilidade teste – reteste = .82 à .94 (Anexo 3).

Em estudo de seguimento, tem se mostrado medida consistente do engajamento no tratamento e na tomada de decisão (Isenhardt, 1997, apud Figlie, 1999). As instruções do teste são que cada frase descreve como o sujeito pode pensar (ou não pensar) o seu beber. É solicitado a ele que, para cada questão, indique o quanto concorda ou discorda, neste momento da sua vida. As respostas são avaliadas em termos de uma escala, Discordo Muito; Discordo; Indeciso; Concordo; Concordo Muito. É apresentado um cartão de respostas ao sujeito contendo as respostas alternativas. Os resultados para Reconhecimento, Ambivalência e Ação são pontuados através de escores: 10 para Muito Baixo, 30 para Baixo, 50 para Médio, 70 para Alto e 90 para Muito Alto, tendo valores intermediários a estes escores.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este documento foi fornecido aos sujeitos, no qual estes se propuseram a participar da pesquisa e



onde lhes foram garantidos o anonimato e o sigilo (Anexo 4). Os sujeitos foram informados previamente do conteúdo, da natureza e destino das entrevistas, como de seu uso único e exclusivo para fins acadêmicos. As entrevistas foram realizadas numa sala da instituição.

Modelo Minnesota para Tratamento da Dependência Química. Este modelo foi desenvolvido desde 1949 pela Hazelden Rehabilitation Center, EUA, trazido para o Brasil em 1982, se baseia nos “Doze Passos” e nos princípios dos grupos anônimos de auto-ajuda, como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e outros e procura adaptá-los à prática clínica (Burns, 1998). O tratamento tem por objetivos a abstinência de qualquer substância psicoativa, a reintegração do indivíduo na família e na sociedade e a reformulação de seu estilo de vida.

Ele é feito de forma interdisciplinar, utiliza técnicas cognitivo-comportamentais em psicoterapias de grupo e individual, palestras informativas sobre dependência química, programa familiar e pós-tratamento, podendo ser realizado em regime de internação, por cerca de 45 dias ou no contexto ambulatorial.

Lápis, papel e uma sala.

## **PROCEDIMENTO**

Inicialmente, foi realizado um levantamento junto ao coordenador da equipe clínica da instituição do perfil atual dos pacientes e elaborado também com ele a estratégia das entrevistas.

Num segundo momento, o pesquisador se reuniu com a equipe clínica para explicar os objetivos da pesquisa e solicitar a sua colaboração.

Foram selecionados pelo pesquisador e logo depois, devidamente treinados por ele, dois alunos do curso de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei para auxiliarem na realização das entrevistas.

Os sujeitos, quando chegavam ao centro de tratamento eram consultados pelo coordenador do seu interesse em participar da pesquisa.

Os sujeitos interessados em participar eram informados pelo pesquisador dos objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o consentimento informado para participarem, sendo garantido a eles o anonimato e o sigilo e os procedimentos éticos que constam na resolução CFP Nº 016/2000 de 20 de dezembro de 2000, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos.

As entrevistas foram realizadas individualmente pelo próprio pesquisador e pelos dois estagiários do Curso de Psicologia em uma sala fechada da instituição e previamente marcadas por telefone pela secretária da mesma.

Com o objetivo de identificar o grau de prontidão para mudança/motivação dos sujeitos no início, meio, término e após o tratamento e avaliar os índices de recuperação, as entrevistas foram feitas em etapas.

A primeira entrevista foi realizada no primeiro dia do tratamento dos sujeitos e constou de: dados demográficos, Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) e The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES).

A segunda entrevista foi realizada vinte e três dias após o início do tratamento, a terceira no término do tratamento e a quarta um mês após o término do tratamento, que foi considerado o seguimento. Essas entrevistas constaram da escala SOCRATES.

O esquema do estudo está apresentado na Tabela I.

**Tabela I:** Delineamento da Pesquisa

	<b>1ª Fase 1</b>	<b>2ª Fase 2</b>	<b>3ª Fase 3</b>	<b>4ª Fase 4</b>
<b>Instrumentos</b>	<b>1º dia do tratamento (entrada)</b>	<b>23 dias de tratamento</b>	<b>Fim do tratamento</b>	<b>1 mês após o tratamento</b>
Dados Demográficos	X			
SADD	X			
SOCRATES	X	X	X	X

A tabela I mostra o delineamento da pesquisa, especificando os instrumentos utilizados e as quatro fases da entrevista. Observa-se que na fase 1 utilizaram-se os Dados Demográficos, o Questionário SADD e a escala SOCRATES e nas fases 2, 3 e 4 apenas a escala SOCRATES.

## **CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA DE TRATAMENTO**

Este programa, baseado no Modelo Minnesota pode ser descrito da seguinte forma:

Trata-se de um Programa com a duração de 45 dias, com 1 mês de acompanhamento no pós-tratamento.

Durante estes 45 dias o indivíduo é internado no centro de tratamento, cujas características foram descritas na apresentação do presente trabalho.

O programa consta de uma rotina diária:

Parte da manhã: caminhada, atividades de grupo, dinâmicas, grupos de recaída e filmes.

Parte da tarde: grupos de tarefa, palestras sobre dependência química e sobre os Doze Passos e os princípios dos grupos anônimos de auto-ajuda, grupos que tratam temas sobre sexo e grupos de sentimento.

Parte da noite: participação em reuniões dos grupos anônimos de auto-ajuda.

Aos sábados, na parte da manhã e na parte da tarde é realizado o programa familiar e realizado também uma vez por semana as reuniões comunitárias com todos os funcionários e pacientes do centro de tratamento.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Os resultados da presente pesquisa serão apresentados abaixo e na seguinte ordem: análise e discussão dos dados da ficha de identificação; análise e discussão dos dados do Alcohol Dependence Data Questionaire (SADD); análise e discussão dos Dados da The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). A população estudada é caracterizada por ser, em sua maioria, indivíduos de baixa renda, da região de São João del-Rei e cidades vizinhas.

### Análise e discussão dos dados da ficha de Identificação

Os dados de identificação foram levantados por idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, ocupação, seu trabalho no último ano e renda familiar. A Tabela II mostra a distribuição percentual das idades dos sujeitos.

**Tabela II** – Caracterização da amostra de acordo com a idade (N=25) e percentagem.

Idade	N	%
18 – 22	0	00
23 – 27	1	04
28 – 32	4	16
33 – 37	4	16
38 – 42	6	24
43 – 47	5	20
48 – 52	1	04
53 – 57	3	12
58 – 62	1	04

Segundo dados da tabela acima, o maior número de sujeitos (24%) ficou entre 38 a 42 anos. Estes dados estão de acordo com a literatura (Figlie, 1999) que encontrou em seu estudo que o maior número de sujeitos dependentes que procuravam tratamento se encontravam nesta faixa etária.

**Tabela III** – Caracterização da amostra de acordo com o sexo (N=25)

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	20	80
Feminino	5	20

Segundo dados da Tabela III, nota-se uma percentagem bem maior de sujeitos pertencentes ao sexo masculino (80%) em comparação ao sexo feminino (20%). Estes dados, também, estão de acordo com a literatura. Simão (1999), em seu estudo, indicou um maior número de sujeitos do sexo masculino que procuraram tratamento.

**Tabela IV** – Caracterização da amostra de acordo com a cor (N=25).

<b>Cor</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Branco	15	60
Preto	0	00
Pardo	10	40
Amarelo	0	00

Na Tabela IV é apresentada a distribuição percentual dos sujeitos em relação à cor. Os dados contidos na tabela mostram uma percentagem maior de brancos (60%), seguido de pardos (40%).

Estes dados estão de acordo com estudos de Figlie (1999) que também apontou uma percentagem maior de sujeitos brancos que procuravam tratamento em sua pesquisa.

**Tabela V** – Caracterização da amostra de acordo com o estado civil (N=25).

<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Solteiro	4	16
Casado	13	52
Divorciado/ Separado	6	24
Viúvo	0	00
Amasiado	2	08

A Tabela V mostra a distribuição percentual dos sujeitos com relação ao estado civil. De acordo com os dados, observa-se uma percentagem maior dos sujeitos casados (52%), seguida dos divorciados/separados (24%), e de solteiros (16%) e uma percentagem menor de amasiados (8%). Estes dados estão de acordo com os estudos de Mancente (1999), que também mostrou uma percentagem de sujeitos casados que procuravam tratamento.

**Tabela VI** – Caracterização da amostra de acordo com a escolaridade (N=25).

<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Analfabeto	0	00
1º Grau Incompleto	9	36
1º Grau Completo	6	24
2º Grau Incompleto	2	08
2º Grau Completo	5	20
Superior Incompleto	3	12
Superior Completo	0	00
Outros	0	00

A Tabela VI apresenta a distribuição percentual dos sujeitos com relação à escolaridade. O maior número de sujeitos (36%) tem primeiro grau incompleto. Estes dados se relacionam com a literatura (Santos, 1999), que indicou que a maior percentagem de sujeitos que procuravam tratamento tem este nível de escolaridade. Entretanto, este dado está ligado à população estudada em ambas amostras.

**Tabela VII** – Caracterização da amostra de acordo com a ocupação (N=25).

<b>Ocupação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nenhuma	10	40
Estudante	0	00
Cargos Operacionais	5	20
Cargos Administrativos	0	00
Cargos de Chefia	0	00
Profissional Liberal	2	08
Aposentado	2	08
Outros	6	24

A Tabela VII apresenta a distribuição percentual dos sujeitos com relação à ocupação. Os dados mostraram uma percentagem de sujeitos (40%) sem ocupação nenhuma. Estes dados estão de acordo com estudos de Santos (1999), que também indicou uma percentagem maior de sujeitos que procuravam tratamento sem ocupação nenhuma.

**Tabela VIII** – Caracterização da amostra de acordo com se o sujeito trabalhou no último ano ou não (N=25).

<b>Trabalho no último ano</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tempo Integral	12	48
Tempo Parcial	5	20
Não Trabalhou	8	32
Outros	0	00

A Tabela VIII mostra a distribuição percentual dos sujeitos com relação ao seu trabalho no último ano. Os dados contidos na tabela mostram que uma percentagem maior de sujeitos (48%) trabalhou em tempo integral e uma percentagem menor (20%) trabalhou em tempo parcial.

**Tabela IX** – Caracterização da amostra de acordo com a renda familiar (N=25).

<b>Renda Familiar/Salário Mínimo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	3	12
1 a 2	5	20
2 a 5	11	44
5 a 10	2	08
10 a 20	1	04
Mais de 20	0	00
Não sabe	3	12

A Tabela IX apresenta a distribuição percentual dos sujeitos com relação à renda familiar. De acordo com os dados, observa-se uma



percentagem maior de sujeitos (44%) com renda familiar de 2 a 5 salários mínimos e uma percentagem menor de sujeitos (4%) com renda familiar de 10 a 20 salários mínimos e nenhum sujeito com renda familiar com mais de 20 salários mínimos.

### **Análise dos dados do Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)**

O questionário SADD mede a severidade da dependência e tem uma pontuação que já foi explicitada anteriormente, neste trabalho, no Instrumento. O grau de severidade da dependência é cotejado em leve, moderado e severo. A Tabela X mostra a percentagem dos sujeitos distribuídos pelo grau de dependência de acordo com o questionário SADD.

**Tabela X** – Caracterização da amostra de acordo com o grau de dependência (N=25).

<b>Grau de Dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Leve	0	00
Moderado	6	24
Severo	19	76

Como se pode ver, 76% da amostra apresentou grau de dependência severo e 0% dependência leve. Este dado pode indicar que dependentes com grau leve não tendem a buscar tratamento, deixando para buscá-lo quando a dependência se tornar severa. Estes dados, também, estão de acordo com a literatura. Oliveira (2000) relatou em sua pesquisa que 72% dos alcoolistas analisados apresentava dependência severa do álcool. Corrêa, Lima, Dalben & Hegedus (1999) também afirmaram em seus estudos que a maior percentagem de sujeitos alcoolistas que buscavam tratamento era de grau de dependência severo.

## **Análise e discussão dos dados da The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)**

A escala SOCRATES investiga o grau de prontidão/motivação para a realização do tratamento através dos estágios de Reconhecimento, Ambivalência e Ação. Os dados da escala SOCRATES serão apresentados por casos, a seguir, primeiro, apresentando os pacientes que concluíram as quatro fases do tratamento (Fig. 2 à Fig. 17) e em seguida todos os participantes que abandonaram o tratamento (Fig. 18 à Fig. 26).

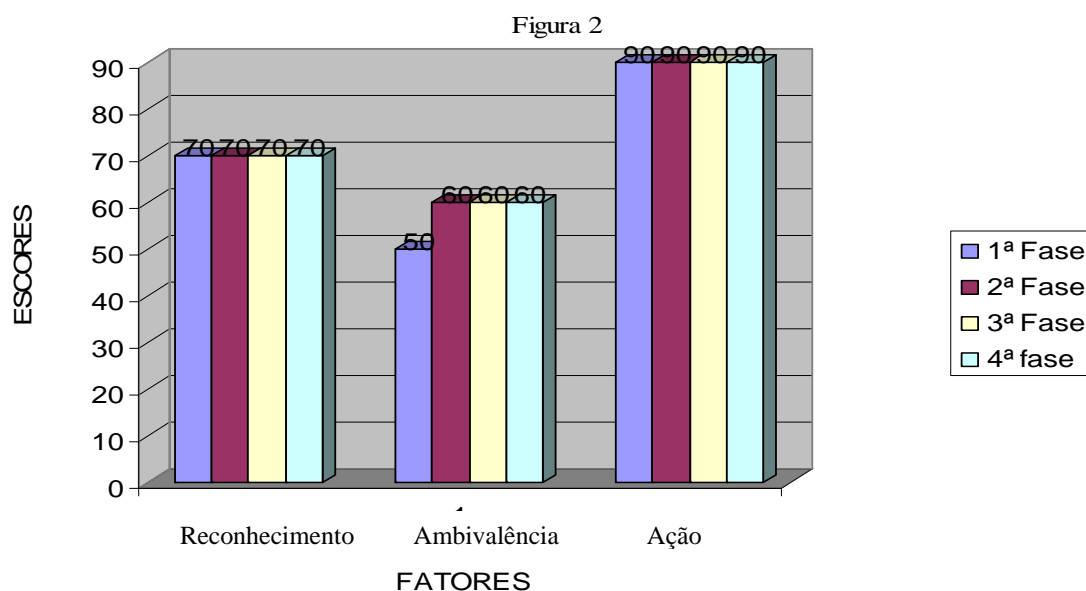
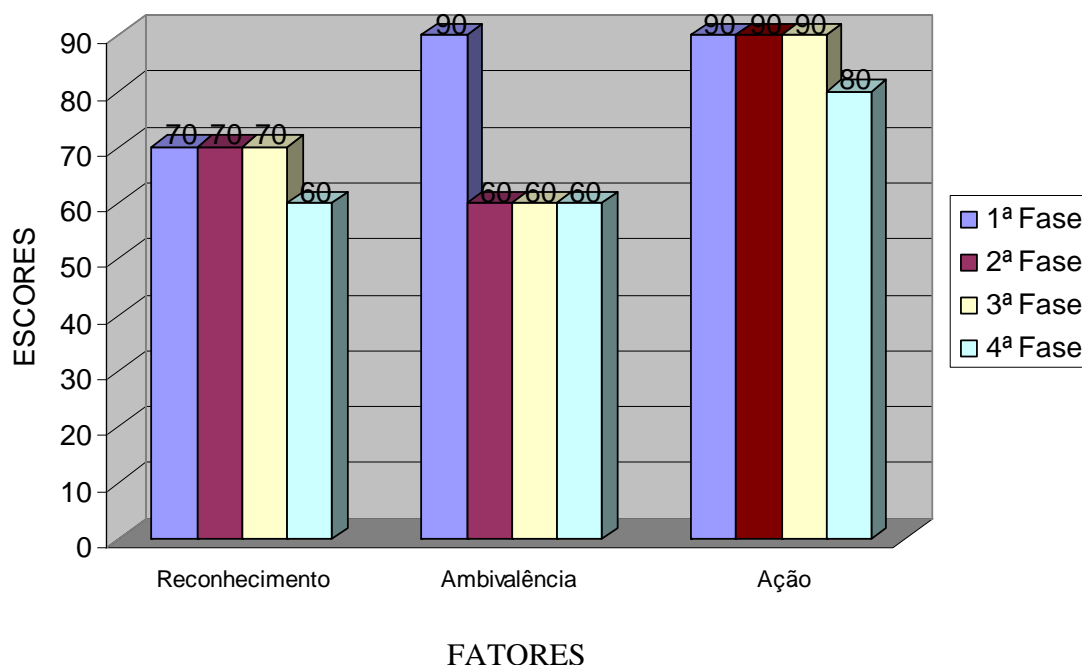


Fig. 2: Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase de avaliação do sujeito 1.

A Figura 2 apresenta os dados já transformados em escores da escala SOCRATES, nos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação para o sujeito 1. O sujeito inicia com um reconhecimento entre médio e alto e o mantém nas fases seguintes. Ele teve uma média ambivalência no início, com um pequeno aumento nas outras fases. Sua ação se manteve alta em todas as quatro fases, indicando um nível oscilante de prontidão para o tratamento, uma vez que a ambivalência ainda se encontrava em níveis muito altos.

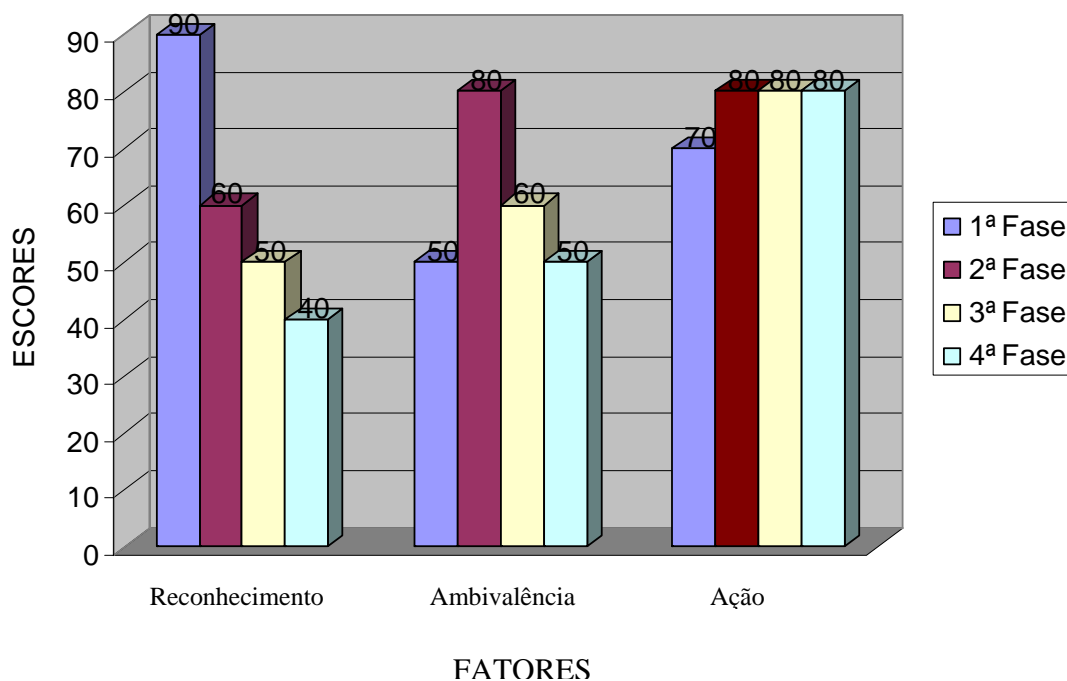
Figura 3



**Fig. 3:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 3.

O sujeito 3 inicia com alto reconhecimento, ambivalência e ação. Ele mantém um alto reconhecimento até a terceira fase, baixando um pouco na última fase. O sujeito baixa o nível de ambivalência e aumenta o nível de ação nas fases intermediárias, tendo um ligeiro decréscimo na última fase, indicando um nível médio de prontidão para o tratamento.

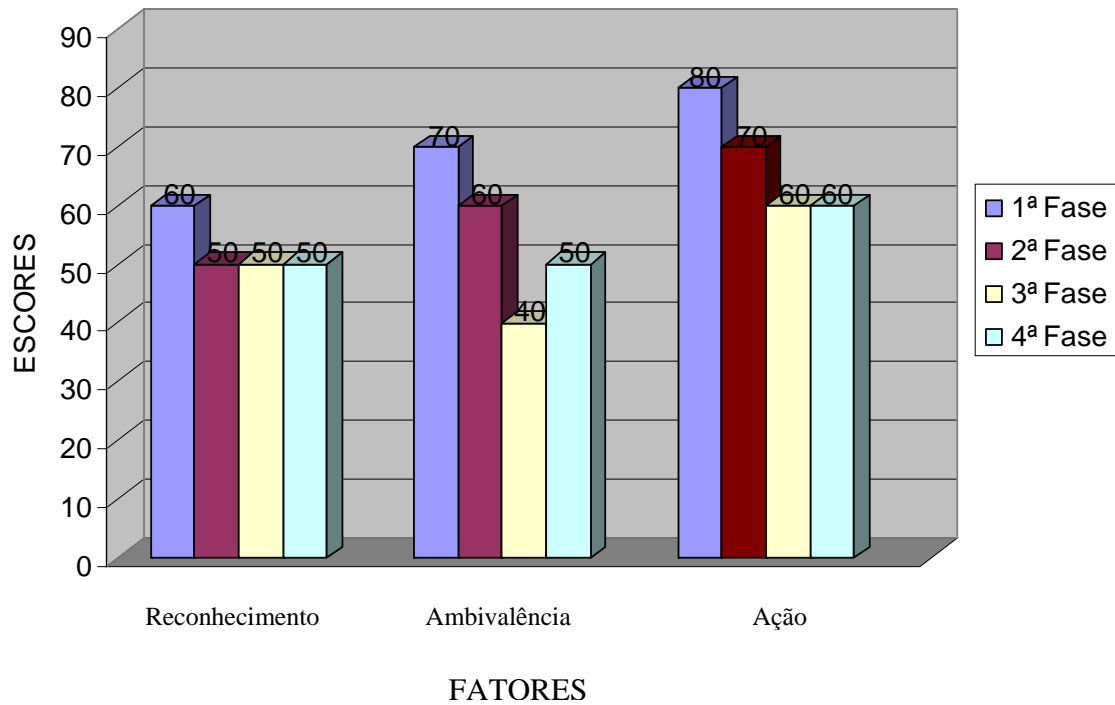
Figura 4



**Fig. 4:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 4.

O sujeito 4 inicia com nível médio de reconhecimento e ambivalência e com nível alto de ação. Aumenta o reconhecimento na segunda fase, vindo a decair novamente nas fases subseqüentes. Tem uma alta ambivalência na segunda fase, um decréscimo na terceira fase, atingindo um escore médio na última fase. Sua ação manteve-se alta em todas as quatro fases, mostrando um nível oscilante de prontidão para o tratamento.

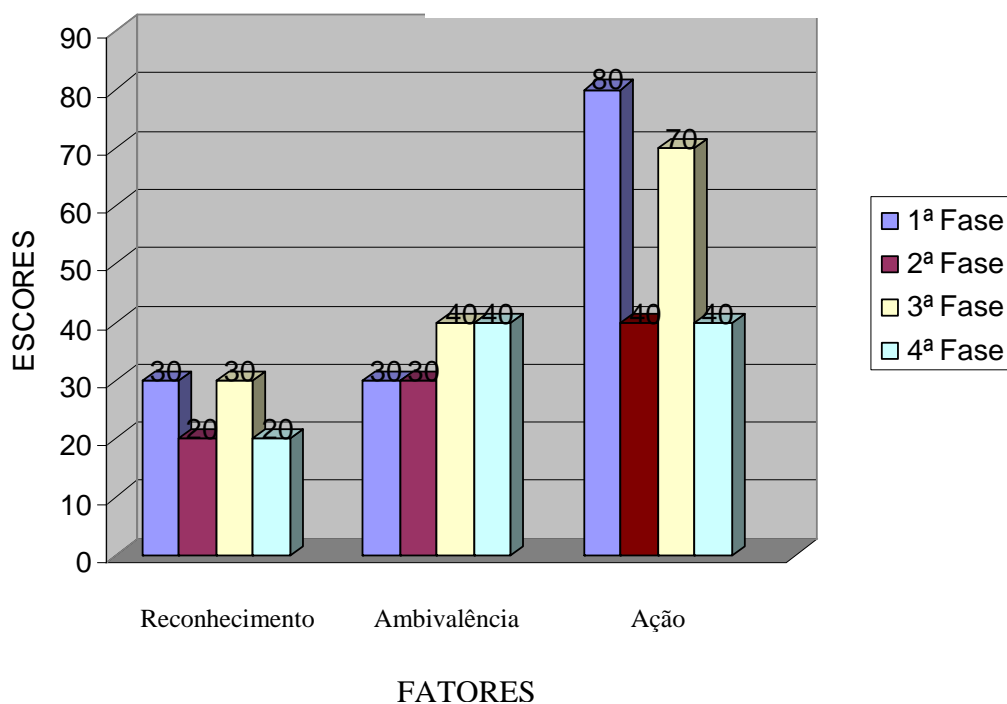
Figura 5



**Fig. 5:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 5.

O sujeito 5 inicia com um reconhecimento entre médio e alto na primeira fase, tendo um ligeiro declínio nas outras fases. Teve uma alta ambivalência no início, decrescendo nas fases intermediárias e tendo um ligeiro aumento na última fase. A ação foi alta no início, decrescendo um pouco nos estágios posteriores, indicando um declínio de sua prontidão para o tratamento.

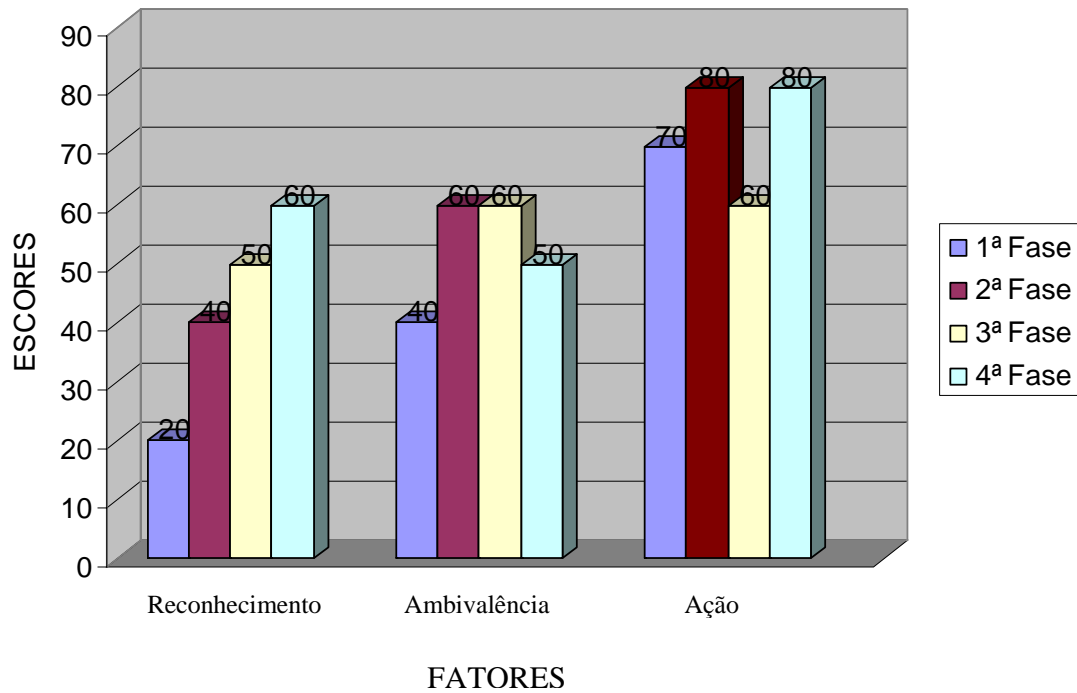
Figura 6



**Fig. 6:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 6.

O sujeito 6 começou com um baixo reconhecimento na primeira fase, com um decréscimo na segunda fase, um aumento na terceira fase e um outro decréscimo na quarta fase, mostrando uma oscilação. Iniciou com uma ambivalência baixa, permanecendo assim na segunda fase e aumentando um pouco nas outras duas fases. Sua ação se apresentou alta no início, atingindo escores entre baixo e médio na segunda fase, um alto escore na terceira fase e novamente um grande decréscimo na última fase, demonstrando um nível oscilante de prontidão para o tratamento.

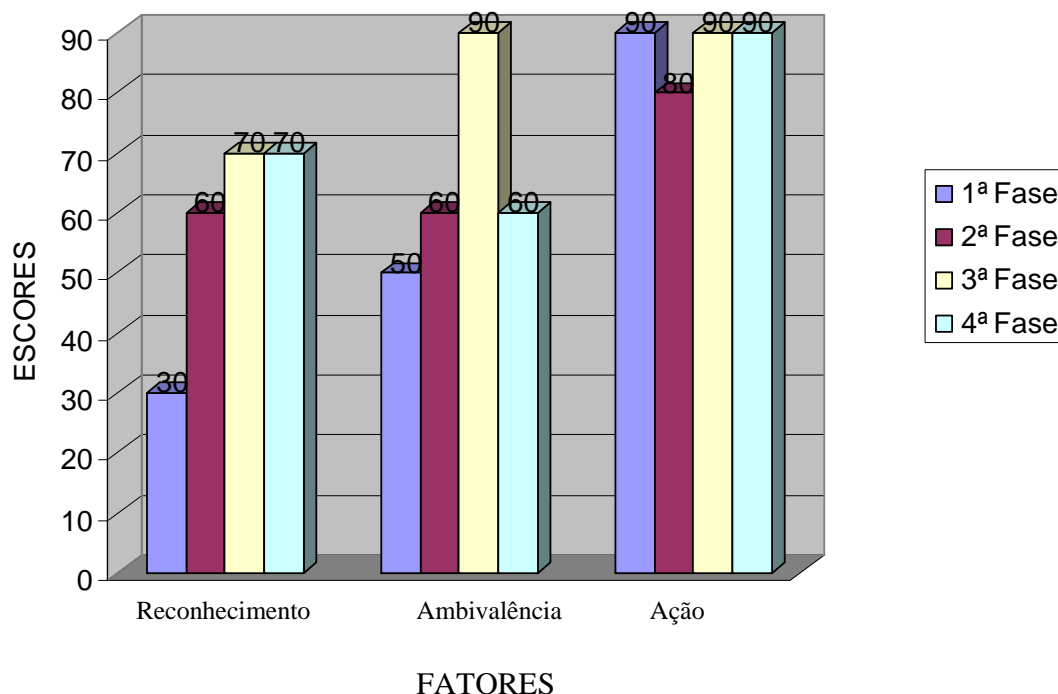
Figura 7



**Fig. 7:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 7.

O sujeito 7 inicia com baixo reconhecimento, com um aumento nas fases intermediárias, até atingir um escore entre médio e alto na última fase. Iniciou com um escore entre baixo e médio de ambivalência, aumentando nas fases intermediárias, chegando a um escore médio na última fase. Sua ação manteve-se alta nas quatro fases, indicando um nível oscilante de prontidão para o tratamento.

Figura 8

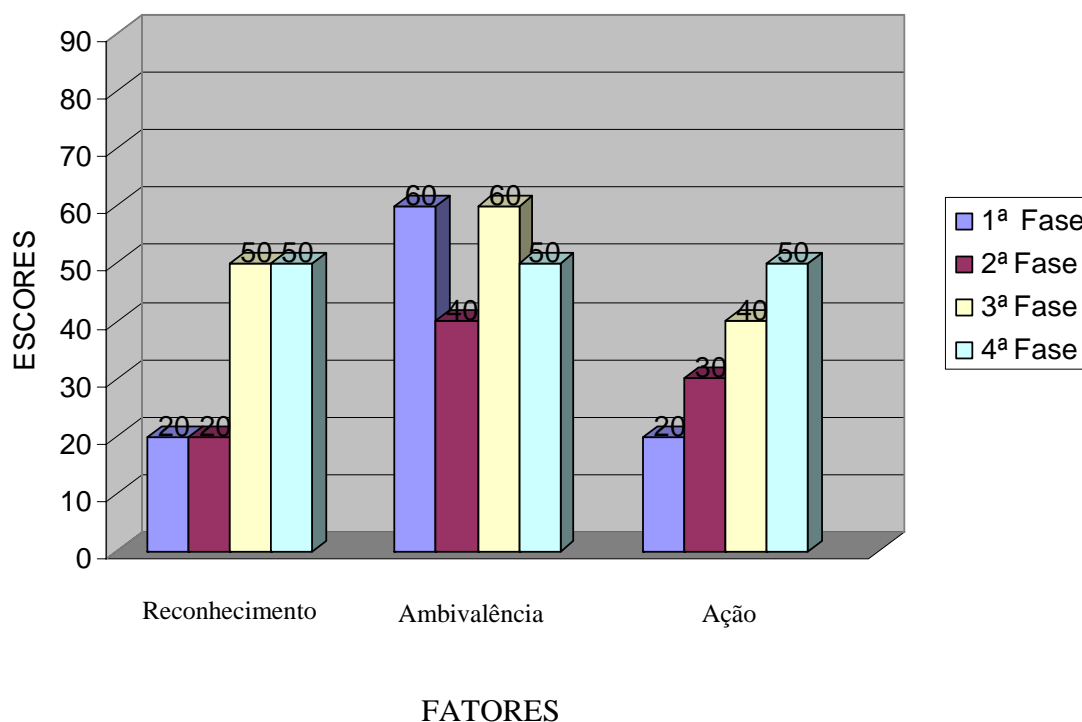


**Fig. 8:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 12.

O sujeito 12 inicia com baixo reconhecimento, atingindo escores altos nas fases 2, 3 e 4. Tem um escore médio de ambivalência no início, um aumento na segunda fase, atinge um escore muito alto na terceira fase e um decréscimo na última fase. Sua ação é muito alta no início, tem um ligeiro declínio na segunda fase, voltando a atingir escores muito altos na terceira e quarta fases, indicando um nível oscilante de prontidão para o tratamento.



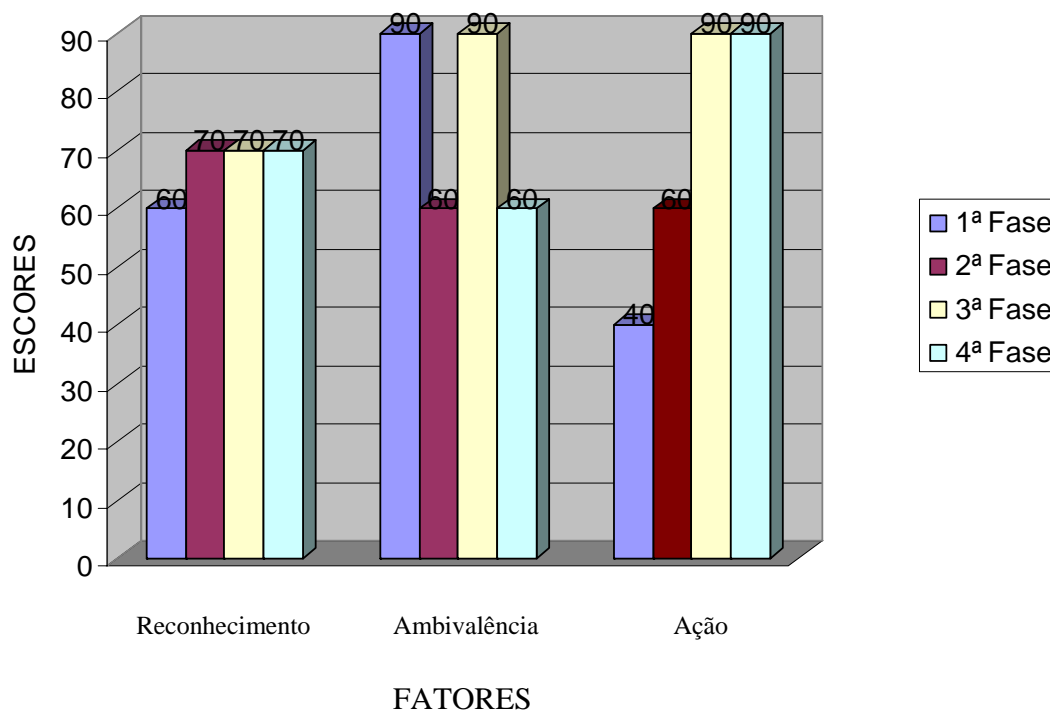
Figura 9



**Fig. 9:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 13.

O sujeito 13 inicia com escore entre muito baixo e baixo de reconhecimento, mantém-se acima na segunda fase, atingindo um escore médio nas fases seguintes. Sua ambivalência tem um escore médio e alto no início, tem um declínio na segunda fase, volta a aumentar na terceira fase, voltando a declinar um pouco na última fase, demonstrando uma oscilação. Sua ação é baixa no início, tendo um ligeiro aumento na segunda fase, aumentando mais um pouco na terceira fase, atingindo um escore médio na última fase. Embora sua ação tenha aumentado um pouco na quarta fase, o sujeito ainda apresenta um nível oscilante de prontidão para o tratamento.

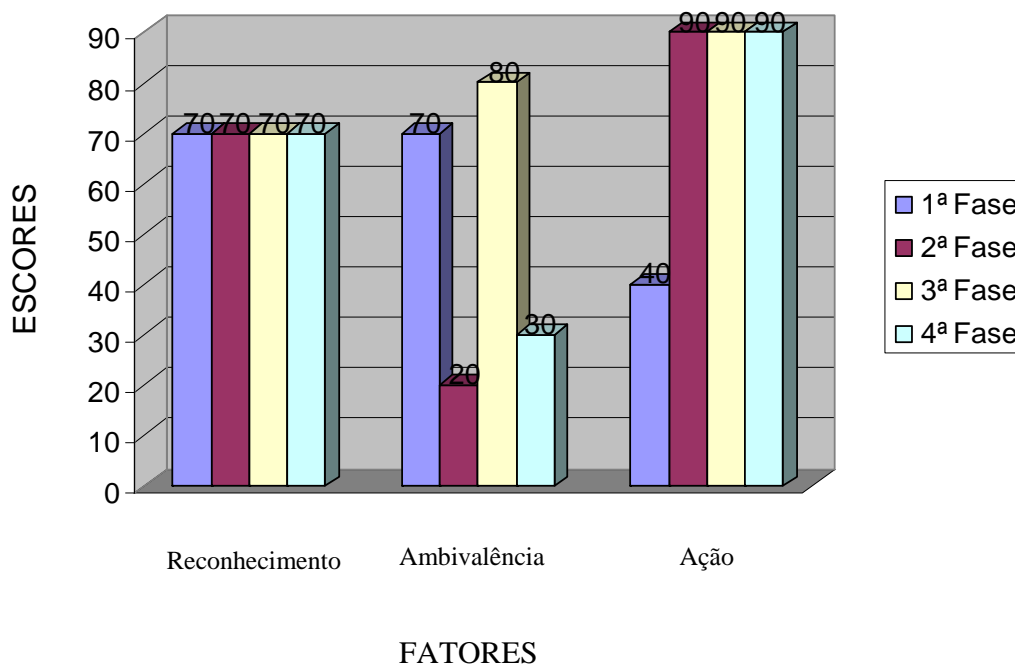
Figura 10



**Fig. 10:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 14.

O sujeito 14 começa com um escore entre médio e alto de reconhecimento e o mantém nas fases anteriores. Sua ambivalência é muito alta no início, atinge escores entre médio e alto na segunda fase, volta a ser muito alta na terceira fase, voltando novamente a atingir escores entre médio e alto na última fase, mostrando grande oscilação. Sua ação inicia com um escore entre baixo e médio na primeira fase, atinge um escore entre médio e alto na segunda fase e mantém-se muito alta nas fases seguintes, demonstrando um nível oscilante de prontidão para o tratamento.

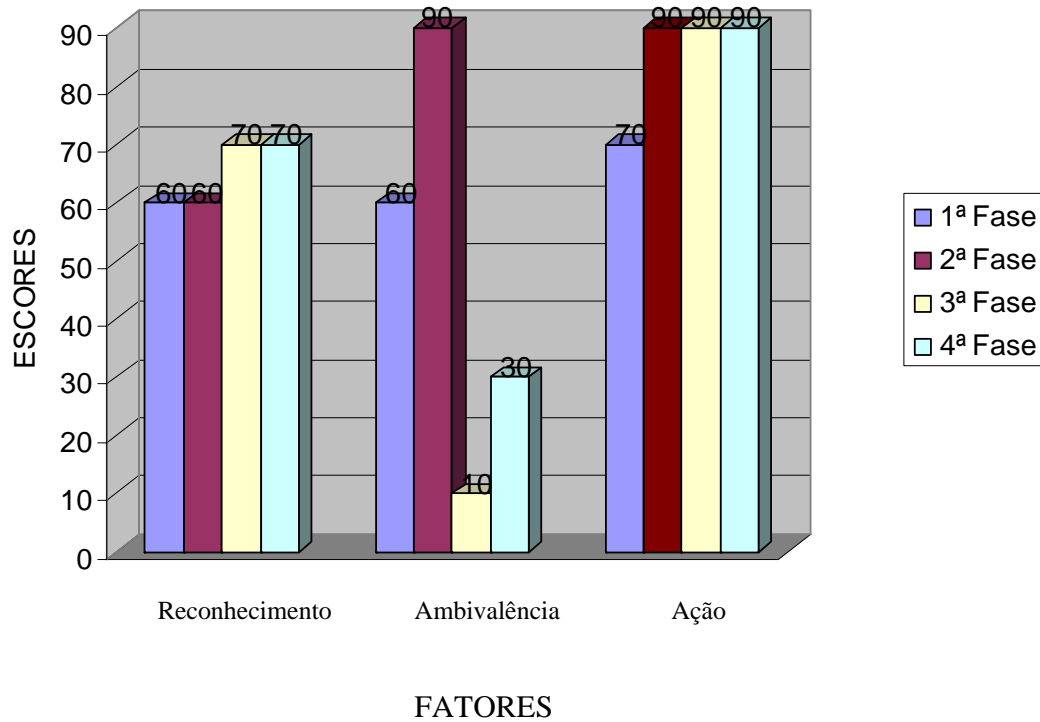
Figura 11



**Fig. 11:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 15.

O sujeito 15 mantém um alto escore de reconhecimento em todas as quatro fases. Sua ambivalência é bastante alta no início, atingindo escores entre muito baixo e baixo na segunda fase, voltando a atingir altos escores na terceira fase e novamente atingindo um baixo escore na última fase. Sua ação tem escores entre baixo e médio na primeira fase e mantém-se muito alta nas outras fases apresentando um nível oscilante de prontidão para o tratamento.

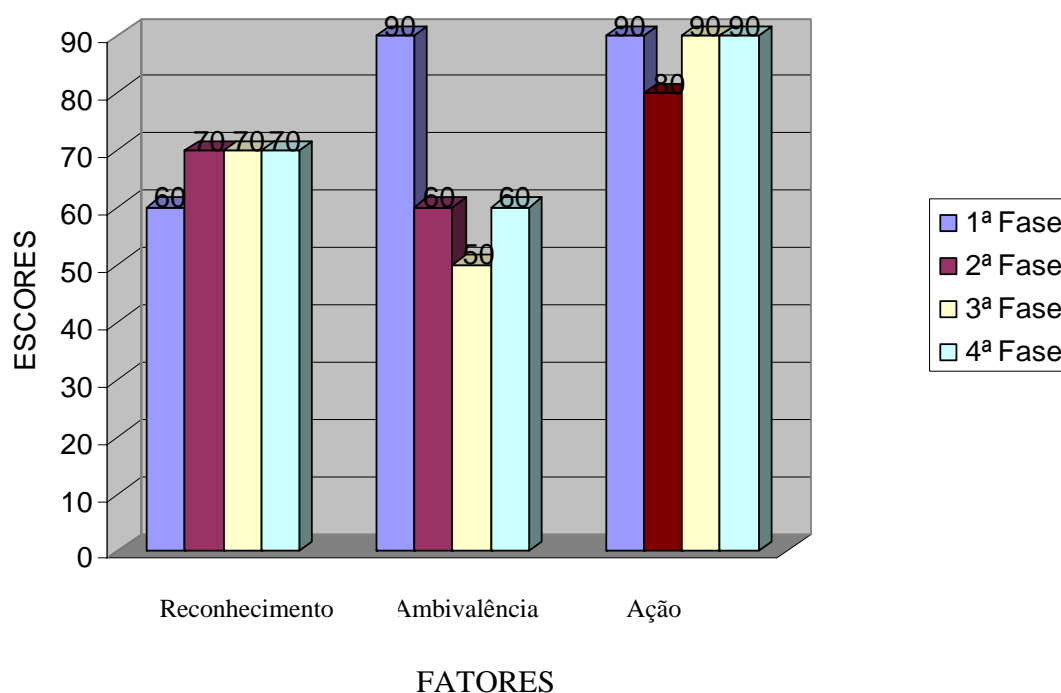
Figura 12



**Fig. 12:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 16.

O sujeito 16 inicia com um reconhecimento com escores entre médio e alto, mantém-se assim na segunda fase e mantém um escore alto na terceira e quarta fase. Sua ambivalência tem escores entre médio e alto no início, é muito alta na segunda fase, muito baixa na terceira fase e baixa na última fase. Sua ação é alta no início e mantém-se muito alta nas fases posteriores, indicando um nível oscilante de prontidão para o tratamento.

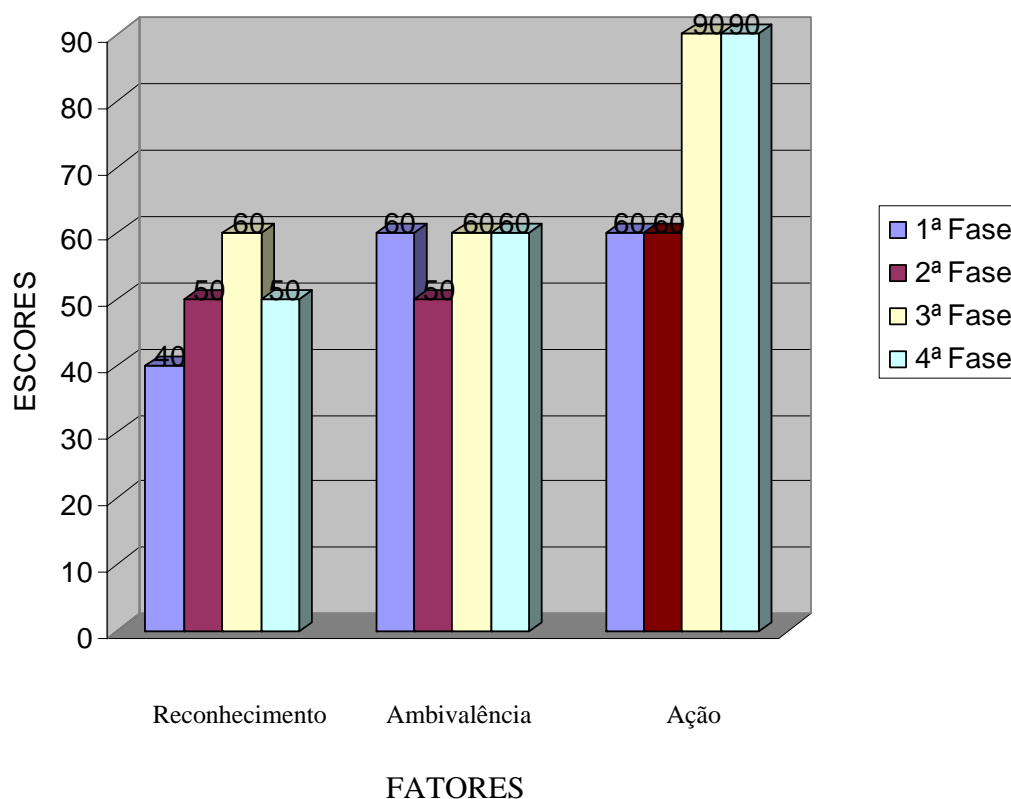
Figura 13



**Fig. 13:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 18.

O sujeito 18 inicia com reconhecimento com escores entre médio e alto, e mantém-se alta nas fases posteriores. Sua ambivalência é muito alta na primeira fase, decresce na segunda fase atingindo escores entre médio e alto, decresce mais um pouco na terceira fase, com um escore médio e volta a atingir novamente escores entre médio e alto na última fase. Sua ação é muito alta no início, decresce um pouco na segunda fase e mantém-se muito alta nas fases seguintes, demonstrando um nível oscilante de prontidão para o tratamento.

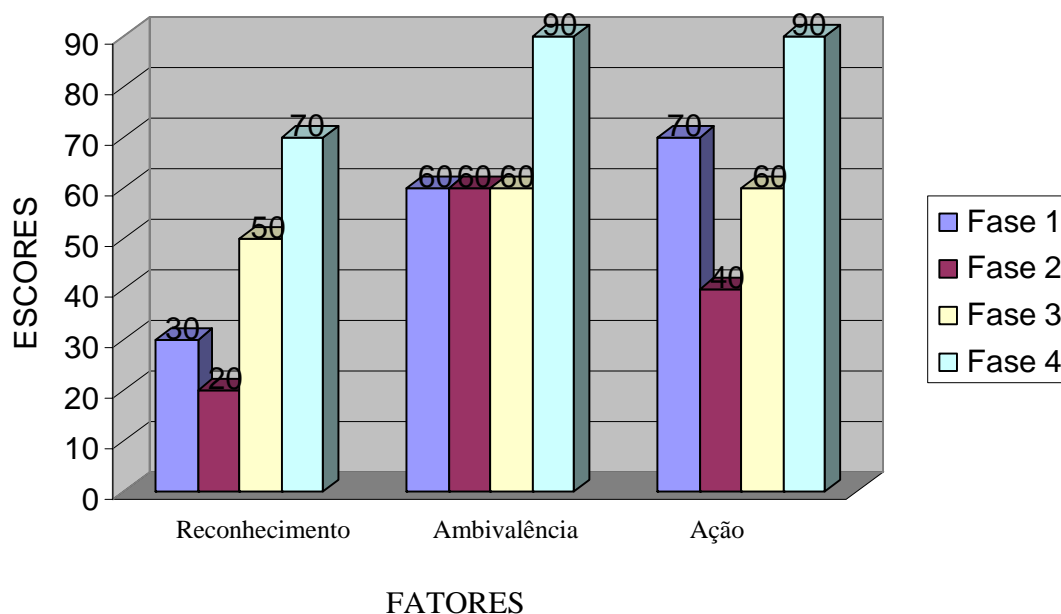
Figura 14



**Fig. 14:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 19.

O sujeito 19 começa com um reconhecimento com escores entre baixo e médio, tem um aumento na segunda fase com um escore médio, um novo aumento na terceira fase com escores entre médio e alto e um decréscimo na última fase, com escores médios. Sua ambivalência não apresenta muita oscilação, com escores entre médio e alto no início, sendo médio na segunda fase e voltando a atingir escores entre médio e alto nas fases posteriores. Sua ação tem escores entre médio e alto na primeira e segunda fases e é muito alta na terceira e quarta fases, indicando um nível oscilante de prontidão para o tratamento.

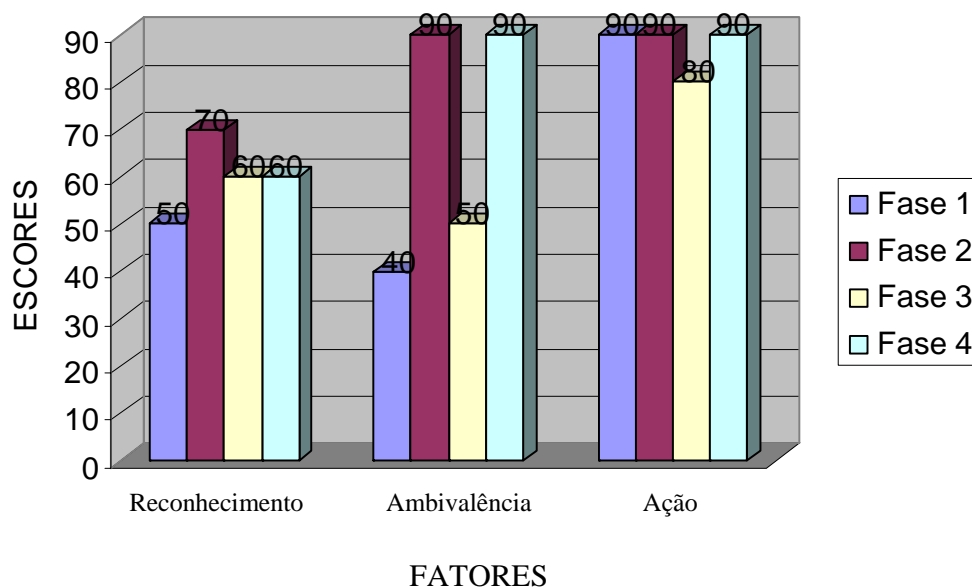
Figura 15



**Fig. 15:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 21.

O sujeito 21 inicia com um baixo reconhecimento, que decresce na segunda fase, atinge um escore médio na terceira fase e é alto na última fase. Sua ambivalência tem escore entre médio e alto na primeira, segunda e terceira fases e é muito alta na quarta fase. Sua ação é alta na primeira fase, tem escore entre baixo e médio na segunda fase, atinge escore entre médio e alto na terceira fase e é muito alta na última fase, apresentando um nível oscilante de prontidão para o tratamento.

Figura 16

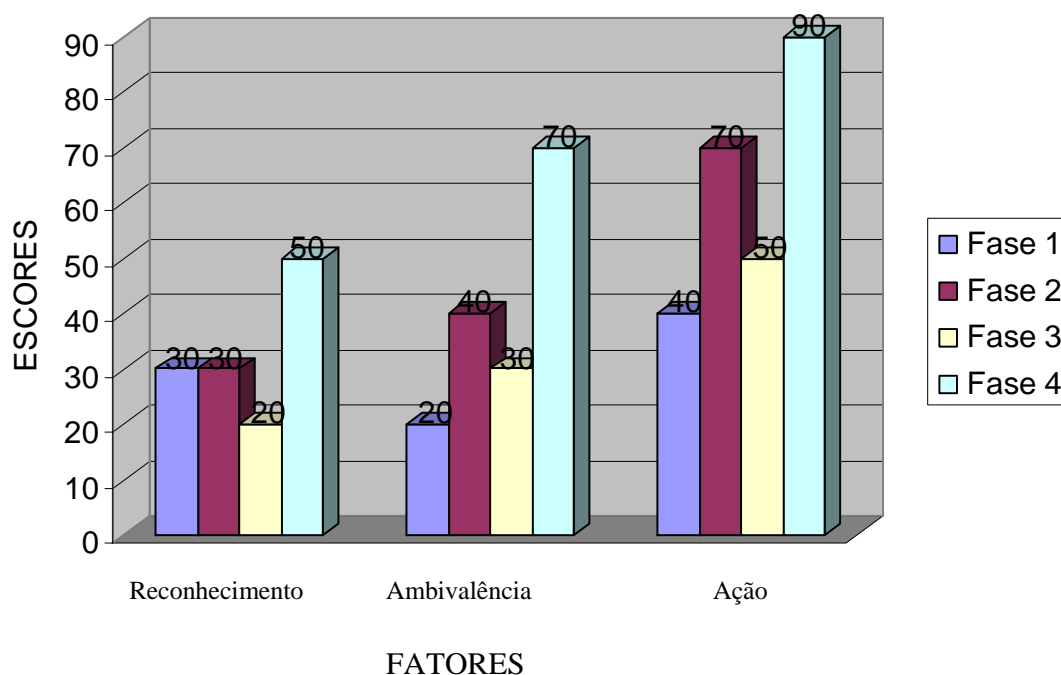


**Fig. 16:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 22.

O sujeito 22 tem um reconhecimento médio na primeira fase, alto na segunda fase, declina na terceira fase, com escore entre médio e alto, mantendo este escore na última fase. Sua ambivalência tem escore entre baixo e médio, é muito alta na segunda fase, média na terceira fase e novamente muito alta na quarta fase. Apresenta uma ação muito alta na primeira e segunda fases, decresce um pouco na terceira fase, com escore entre alto e muito alto e volta a ser muito alta na última fase, demonstrando um nível oscilante de prontidão para o tratamento.



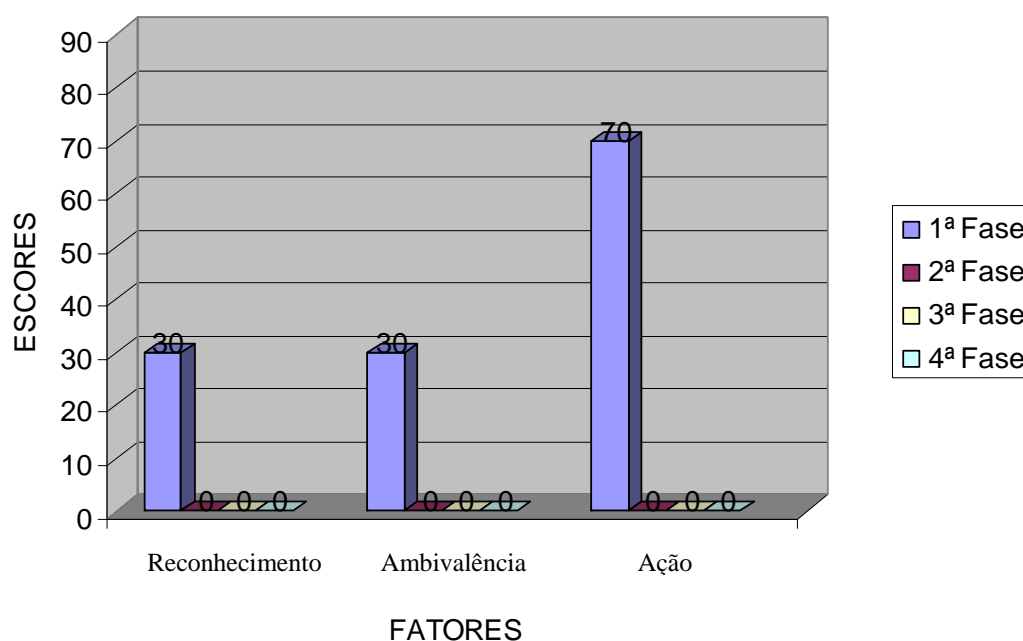
Figura 17



**Fig. 17:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 23.

O sujeito 23 começa com um baixo reconhecimento, que se mantém na segunda fase, decresce na terceira fase, com escore entre muito baixo e baixo e é médio na última fase. Sua ambivalência tem escore entre muito baixo e baixo no início, atinge um escore entre baixo e médio na segunda fase, é baixa na terceira fase e alta na quarta fase. Sua ação tem escore entre baixo e médio na primeira fase, é alta na segunda fase, média na terceira fase e muito alta na última fase. Mesmo tendo completado as quatro fases, o sujeito apresenta um nível oscilante de prontidão para o tratamento.

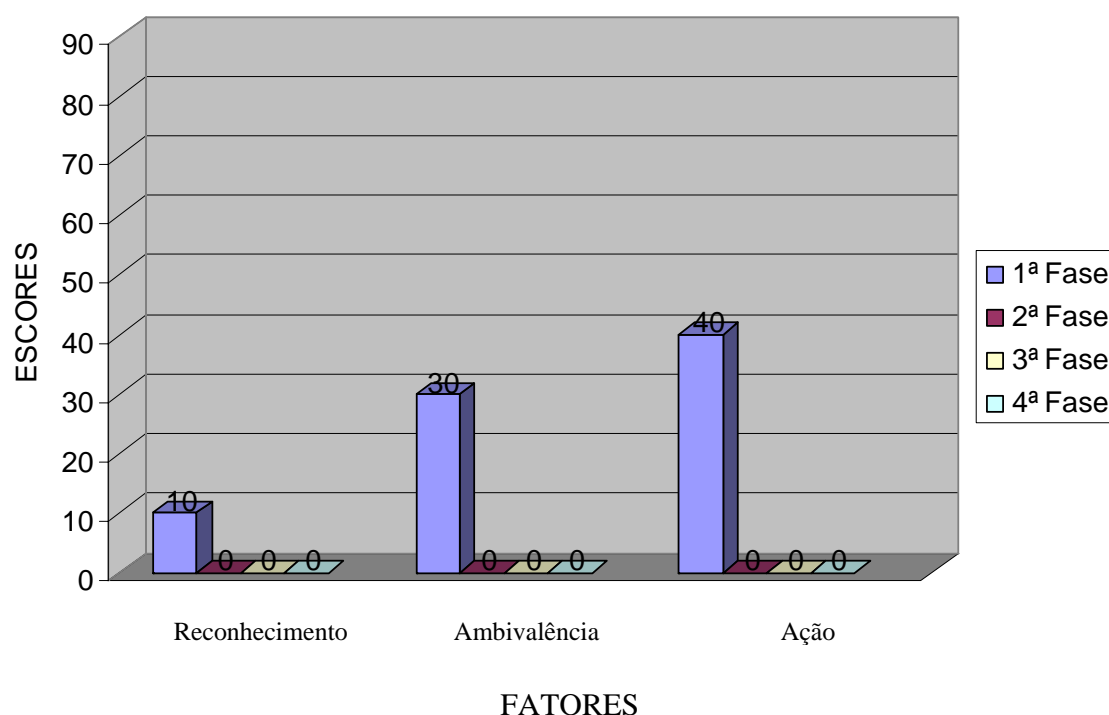
Figura 18



**Fig. 18:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 2.

O sujeito 2 inicia com baixo reconhecimento e ambivalência, e ação alta. O sujeito abandonou o tratamento e não completou as fases 1, 2 e 3, podendo isso está relacionado com seu baixo escore de reconhecimento.

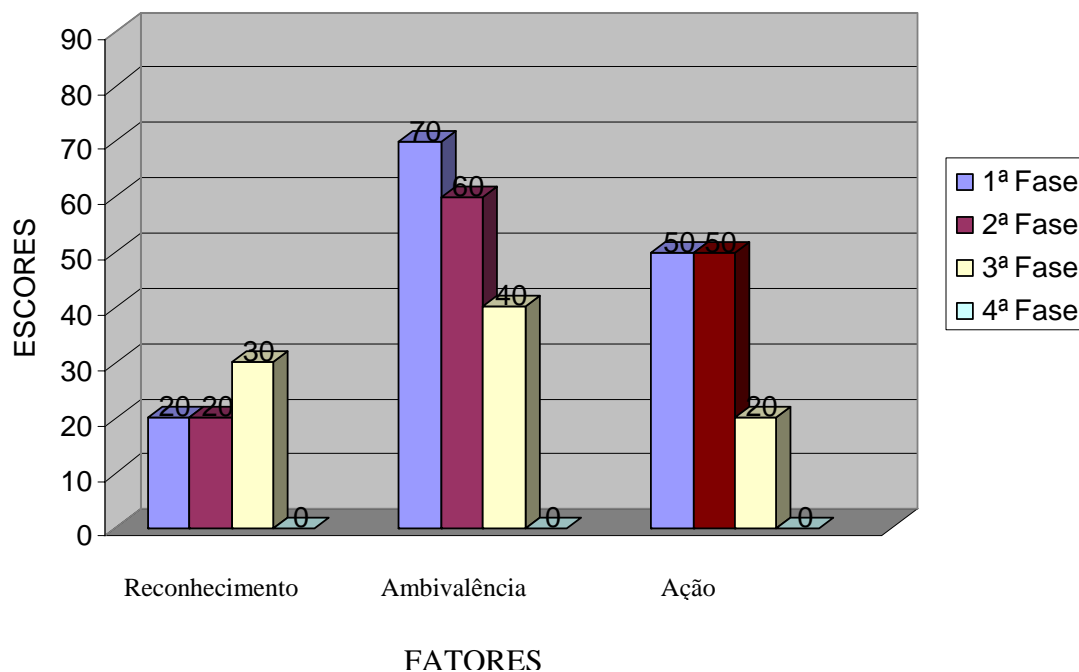
Figura 19



**Fig. 19:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 8.

O sujeito 8 inicia com um reconhecimento muito baixo, uma baixa ambivalência e com escore entre baixo e médio de ação, indicando um nível baixo de prontidão para o tratamento. O sujeito não completou as fases 2, 3 e 4, abandonando o tratamento.

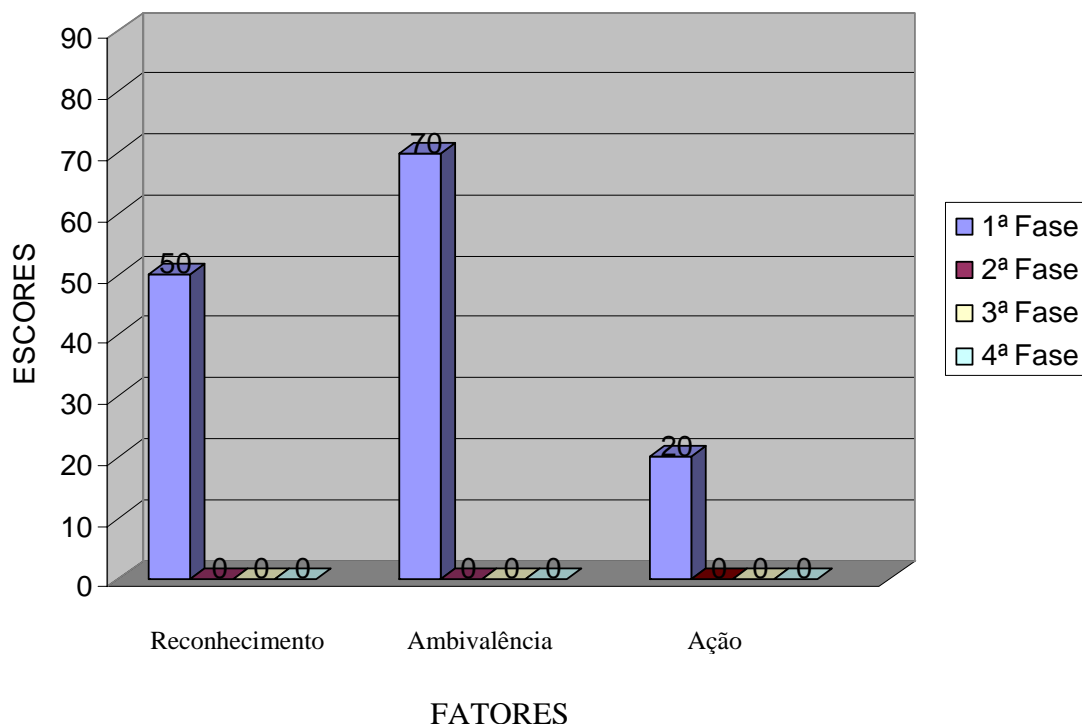
Figura 20



**Fig. 20:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 9.

O sujeito 9 começa com um reconhecimento com escore entre muito baixo e baixo, que se mantém na segunda fase e atinge um escore baixo na terceira fase. Sua ambivalência é alta no início, atingindo escores entre médio e alto na segunda fase e declina na terceira fase, com escores entre baixo e médio. Sua ação é média na primeira e segunda fase e atinge escores entre muito baixo e baixo na terceira fase. O sujeito não completou a quarta fase, indicando um nível baixo de prontidão para o tratamento.

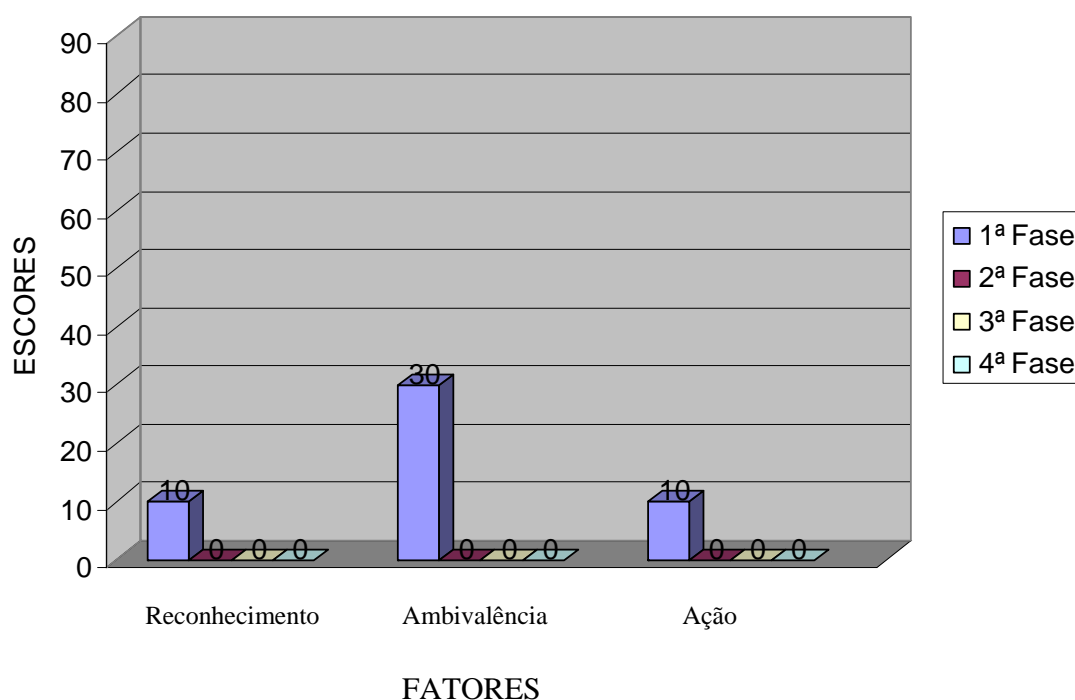
Figura 21



**Fig. 21:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 10.

O sujeito 10 inicia com um médio reconhecimento, uma alta ambivalência e uma baixa ação, mostrando uma baixa prontidão para o tratamento. O sujeito não completou as fases posteriores.

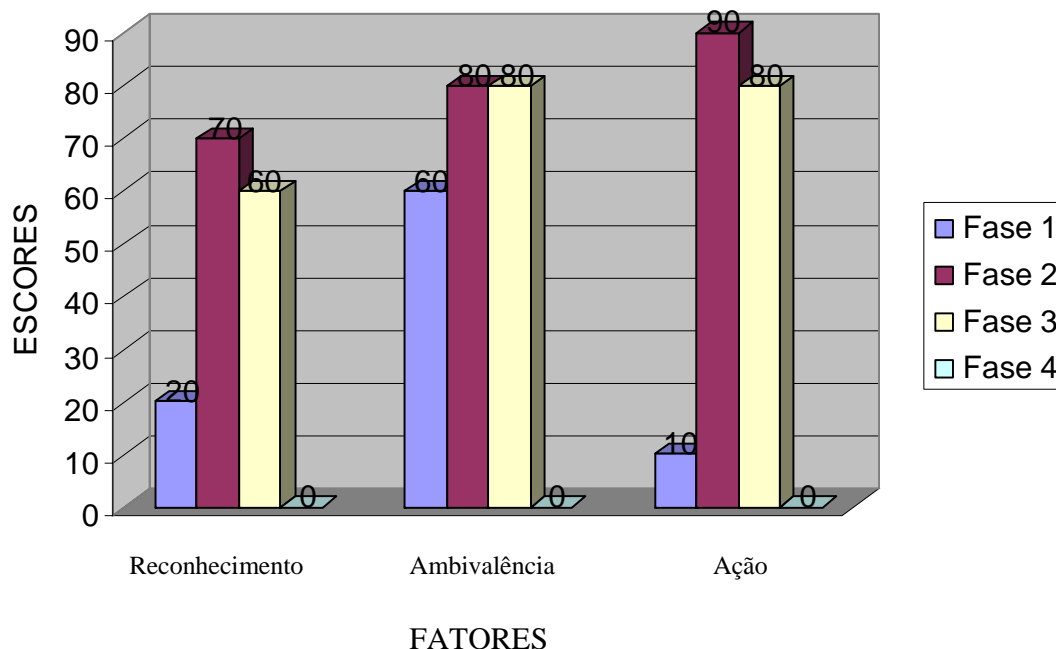
Figura 22



**Fig. 22:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 11.

O sujeito 11 inicia com escores muito baixo de reconhecimento, uma baixa ambivalência e uma ação muito baixa. O sujeito não completou as fases posteriores, demonstrando muito pouca prontidão para o tratamento.

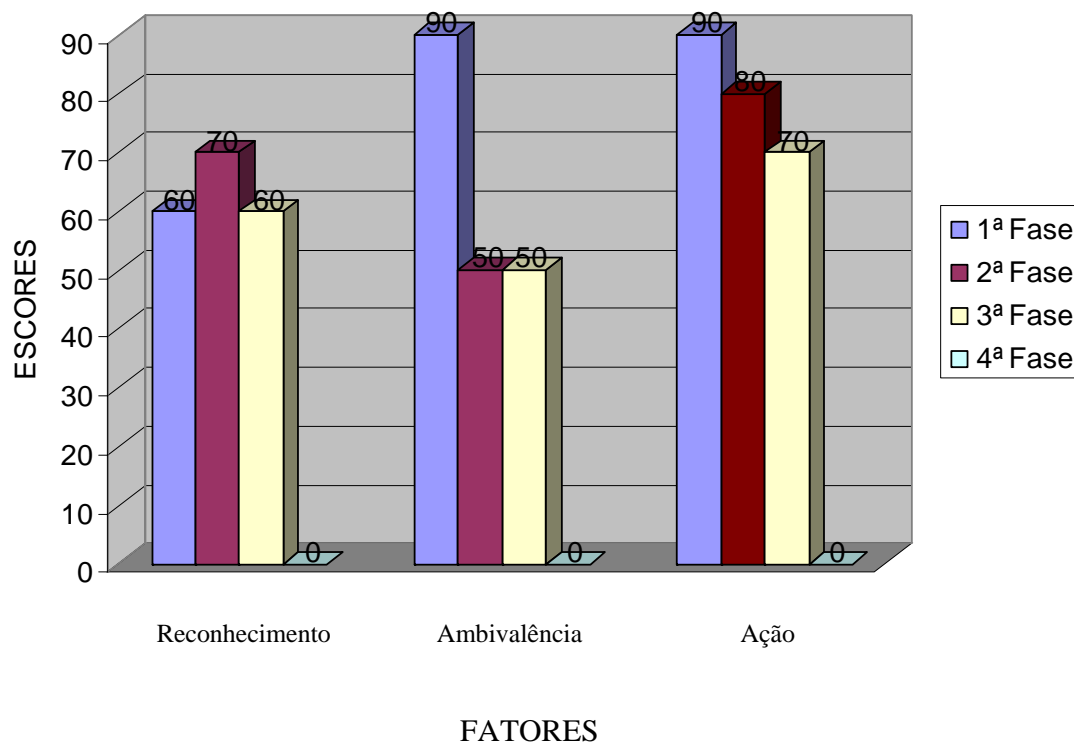
Figura 23



**Fig. 23:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 17.

O sujeito 17 começa com um reconhecimento entre muito baixo e baixo, atinge um alto escore na segunda fase e tem um declínio na terceira fase. Tem uma ambivalência com escores entre médio e alto no início e atinge escores entre alto e muito alto na segunda e terceira fases. Sua ação é muito baixa no início, muito alta na segunda fase e atinge escores entre alto e muito alto na terceira fase. O sujeito não completou a quarta fase, podendo isto estar relacionado com seu alto nível de oscilação de prontidão para o tratamento.

Figura 24

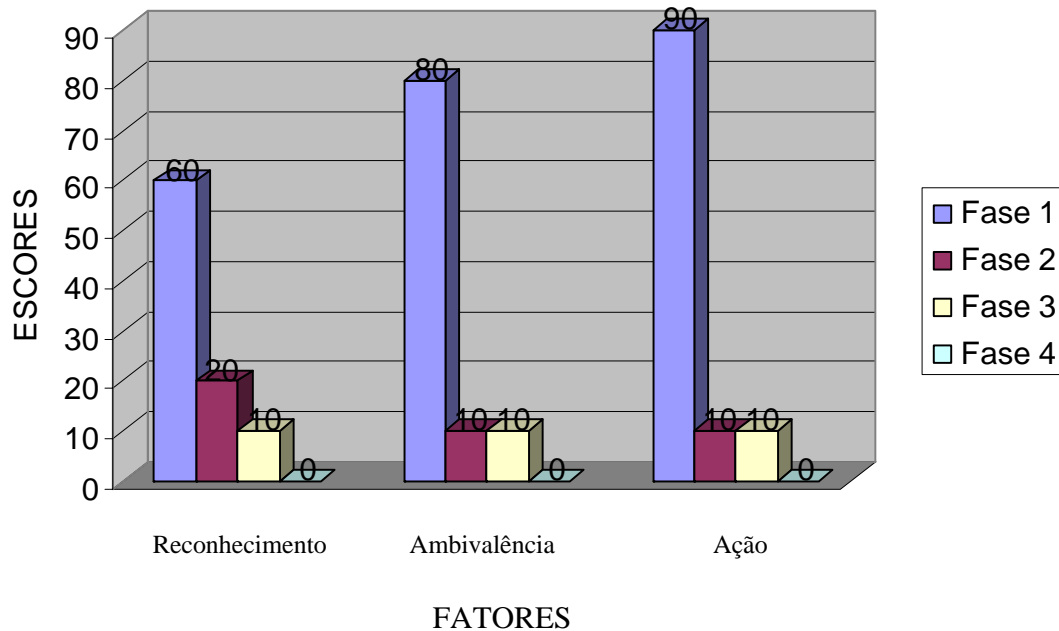


**Fig. 24:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 20.

O sujeito 20 começa com reconhecimento com escore entre médio e alto, atinge um alto escore na segunda fase e retorna ao escore entre médio e alto na terceira fase. Sua ambivalência é muito alta no início e média na segunda e terceira fases. Sua ação é muito alta no início, tem escore entre alto e muito alto na segunda fase e é alta na terceira fase. O sujeito não completou a quarta fase, porém, até então estava demonstrando um nível oscilante de prontidão para o tratamento.



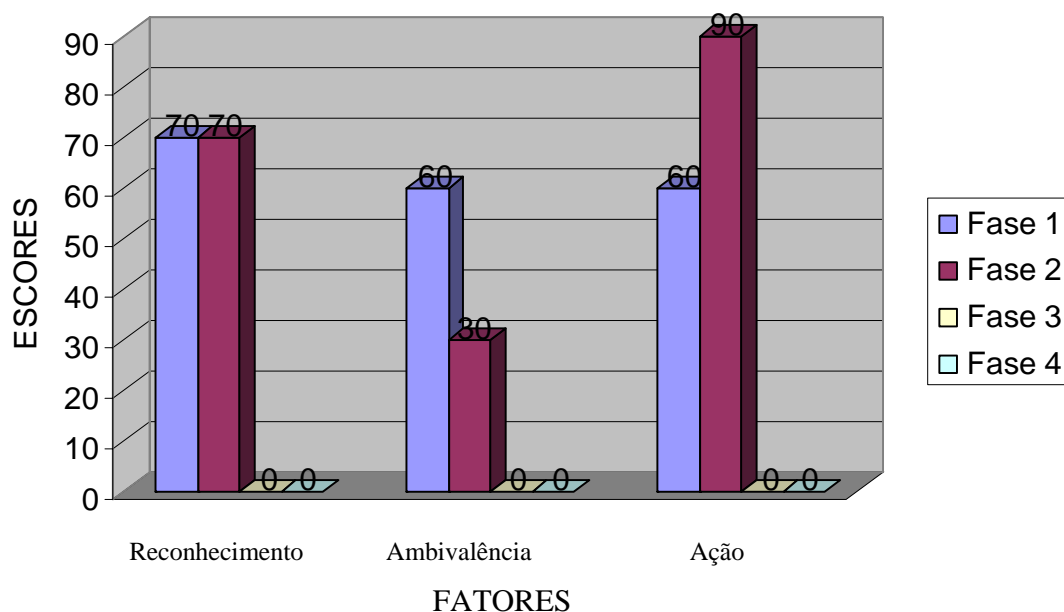
Figura 25



**Fig. 25:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 24.

O sujeito 24 começa com um reconhecimento com escore entre médio e alto, que tem um acentuado decréscimo na segunda fase, com escore entre muito baixo e baixo, e outro decréscimo na terceira fase, apresentando um escore muito baixo. Sua ambivalência tem escore entre alto e muito alto na primeira fase e é muito baixa na segunda e terceira fases. Sua ação é alta no início e muito baixa na segunda e terceira fases. O sujeito não completou a quarta fase, apresentando um nível oscilante de prontidão para o tratamento, mesmo com a diminuição de sua ambivalência.

Figura 26



**Fig. 26:** Análise dos fatores Reconhecimento, Ambivalência e Ação da escala SOCRATES, com escores de muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, na 1ª fase, 2ª fase, 3ª fase e 4ª fase do sujeito 25.

O sujeito 25 inicia com um alto escore de reconhecimento, que se mantém na segunda fase. Tem uma ambivalência com escore entre médio e alto na primeira fase e baixa na segunda fase. Sua ação tem escore entre médio e alto no início e é muito alta na segunda fase. O sujeito estava apresentando um bom nível de prontidão para o tratamento, mas mesmo assim não completou a terceira e a quarta fase.

As características gerais dos que concluíram o tratamento não diferiram muito das características gerais dos que abandonaram o tratamento, exceto na prontidão para o tratamento, onde se evidenciou um nível maior de baixa prontidão naqueles que abandonaram o programa. Estes sujeitos foram computados apenas nas análises de correlação no momento 1 (entrada na Instituição) e foram excluídos dos estudos de comparação nas quatro fases do tratamento.

Os testes estatísticos utilizados foram Análise de Correlação Simples de Pearson e o Teste de Friedman da estatística não-paramétrica. O nível de significância adotado foi de 0,05, aceitáveis para estudos desta natureza. Foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for Social Science), para Windows.

**Tabela XI:** Coeficiente de Correlação (valor de p) entre as variáveis dos participantes, o índice de severidade da dependência, e fatores da escala SOCRATES (reconhecimento, ambivalência e ação) no momento 1 (entrada na Instituição).

Escala \ Variáveis	Variáveis					
	Idade	Sexo	Cor	Est. Civil	Escolaridade	Ocupação
Severidade	0,820	0,174	0,196	0,712	0,939	0,716
Reconhecimento 1	0,210	0,237	0,529	0,067	0,188	0,944
Ambivalência 1	0,540	0,744	0,841	0,476	0,308	0,482
Ação 1	0,992	0,566	0,854	0,646	0,804	0,947

Significante ao nível de 0,05\*

Como pode ser visto na Tabela XI não houve nenhuma correlação significativa entre as variáveis demonstrando que a severidade da doença e os fatores medidos pela escala SOCRATES não têm correlação com idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade e ocupação.

**Tabela XII:** Coeficiente de Correlação (valor de p) entre as variáveis dos participantes, severidade da doença, e fatores da escala SOCRATES (reconhecimento, ambivalência e ação) no momento 1 (entrada na Instituição).

	Trab. ano	Renda Fam	Severidad	Reconhec.1	Ambival 1	Ação 1
Severidade	0,939	0,675	-	0,953	0,801	0,991
Reconhec.1	0,329	0,110	0,953	-	0,001*	0,003*
Ambival 1	0,229	0,299	0,801	0,001*	-	0,180
Ação 1	0,490	0,669	0,991	0,003*	0,180	-

Significante ao nível de 0,05\*

Os dados da Tabela acima indicam que houve correlação significativa entre as fases de ambivalência e reconhecimento, reconhecimento e ambivalência, ação e reconhecimento e reconhecimento e ação no momento 1, isto é, na entrada. Isto pode indicar que indivíduos no momento de entrada, mostravam alto reconhecimento e ação, mantendo também alta a ambivalência.

Este dado corrobora com a literatura, pois de acordo com o Modelo dos Estágios de Mudança de Prochaska e DiClemente, desenvolvido em 1986, uma vez que alguma consciência do problema tenha surgido, a pessoa entra em um período caracterizado pela ambivalência, ou seja, no estágio da contemplação. Nesta fase o indivíduo quer a mudança e ao mesmo tempo a rejeita.

Segundo Miller & Rollnick (2001) é comum as pessoas virem à consulta no estágio da contemplação, ou seja, com motivações flutuantes e conflitantes. Também, de acordo com Jungerman & Laranjeira (1999) o que o cliente traz é muita ambivalência.

De acordo com os resultados da Tabela acima, observa-se que a maioria dos sujeitos, quando procuraram o tratamento, encontravam-se no estágio da Contemplação, ou seja, com uma alta ambivalência. Este dado também se relaciona com a literatura. Moorey (1994) diz que é no estágio da Contemplação que a maioria dos dependentes busca ajuda.

Ao relacionar o grau de ambivalência do alcoolista com os padrões de aprendizagem do comportamento de beber, a abordagem da Análise do Comportamento e o Modelo dos Estágios de Mudança oferecem explicações complementares.

De acordo com o ponto de vista da Análise do Comportamento ao abordar o conceito de Operações Estabelecedoras (Michael, 1953, apud Cunha, 1995), esta é definida como uma variável ambiental, operação ou

estímulo que momentaneamente altera a eficácia reforçadora ou punitiva de algum objeto, evento ou estímulo. No caso do alcoolista, o comportamento que era reforçado pela sensação agradável que o álcool produzia no organismo, passa a ser mantido por contingências reforçadoras negativas. Segundo Miller & Rollnick (2001) estes padrões de aprendizagem (reforço positivo relacionado ao álcool) e as mudanças físicas observadas na abstinência (reforço negativo) vão interferir no grau da ambivalência do sujeito.

Segundo Jungerman & Laranjeira (1999) os dependentes de álcool e drogas buscam tratamento com conflitos (motivação flutuante) e a ambivalência quanto à mudança de comportamento é difícil de resolver porque cada lado do conflito tem seus benefícios e seus custos.

Tabela XIII: Valores médios, mínimos e máximos da escala SOCRATES nos quatro momentos de avaliação, tomando os escores totais, sem os fatores (Reconhecimento, Ambivalência e Ação).

	Média	Mínima	Máxima
Momento 1	31,240	22,00	35,00
Momento 2	32,381	27,00	35,00
Momento 3	32,600	23,00	35,00
Momento 4	33,50	28,00	35,00

Pode-se observar que os valores médios, mínimos e máximos estão muito próximos, nos diferentes momentos. Não foram encontrados dados na literatura sobre o tema, pois deveria ter-se uma pesquisa similar envolvendo os quatro momentos de um processo de recuperação. Como se trata de uma Instituição que usa este modelo de recuperação, a presente pesquisa apresenta dados não comparáveis na literatura.

Em relação à comparação entre as diferentes fases, levando em conta os fatores da escala, tem-se a tabela abaixo. Foi utilizado o Teste de Friedman, que é um teste de análise da variância, da estatística não-paramétrica.

Tabela XIV: Comparação entre as diferentes fases do tratamento, levando em conta os fatores avaliados pela escala SOCRATES (Reconhecimento, Ambivalência e Ação).

	Média	Desvio Padrão	Valor de p
Reconhecimento 1	32,063	2,568	
Reconhecimento 2	32,500	2,828	
Reconhecimento 3	33,250	2,113	
Reconhecimento 4	33,500	1,966	0,2123
Ambivalência 1	15,750	2,408	
Ambivalência 2	15,500	2,477	
Ambivalência 3	15,500	2,852	
Ambivalência 4	15,688	2,056	0,9257
Ação 1	35,813	3,371	
Ação 2	36,500	3,141	
Ação 3	37,313	2,892	
Ação 4	38,063	2,744	0,1931

Significante ao nível de 0,05\*

Os dados da Tabela indicam que não houve diferença significativa quando foi feita a comparação entre os fatores da escala nas diferentes fases do tratamento. Como os dados mostram, a ambivalência deveria ter caído, e isto não ocorreu. Talvez isto possa explicar o fato do alcoolismo ter alta taxa de reincidência mesmo após prolongado o tratamento. Na verdade, após a desintoxicação, o indivíduo ainda está ambivalente em relação à bebida. Acha que é bom e ruim ao mesmo tempo.

Estes dados se relacionam com a literatura. Miller & Rollnick (2001) afirmam que: “As pessoas, muitas vezes, chegam ao estágio da ação ainda com muita ambivalência. Elas arriscam seus primeiros passos enquanto ainda não estão bem certas da direção em que querem seguir.” (p.112)

Segundo Jungerman & Laranjeira (1999) todo o processo dos estágios de mudança até a fase da ação nos pacientes com comportamento dependente pode durar de 3 a 6 meses, já que, nestes casos, o novo comportamento (o de abstinência) geralmente demora um tempo para se estabelecer e o grande teste para comparar-se a efetividade da mudança seria a estabilidade neste novo estado, por anos, e que, no processo de mudança, se chama “Manutenção”.

Como na presente pesquisa, os sujeitos foram analisados com 4 entrevistas num prazo de 75 dias, ou seja, 45 dias de internação e 1 mês após a alta, é justificável a alta ambivalência neste período.

Prochaska e DiClemente, 1986 (apud Jungerman & Laranjeira, 1999) relatam em seus estudos que a capacidade da pessoa de entender sua ambivalência é o sinal para a passagem para o estágio da contemplação, onde ele estará mais consciente do conflito e até com maior ambivalência.

Em muitos casos, trabalhar com a ambivalência é trabalhar com a essência do problema, mas tanto para o paciente como para o terapeuta, a ambivalência pode ser frustrante, confusa e difícil de entender (Miller & Rollnick, 2001).

## CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos na presente pesquisa indicaram algumas direções que merecem ser considerada.

Primeiramente foi constatado no estudo dos dados das variáveis de identificação dos sujeitos que, embora eles corroborem com a literatura existente, não foi encontrada nenhuma correlação significativa entre estas variáveis e a severidade do alcoolismo e os fatores medidos pela escala SOCRATES. Vale enfatizar a importância e a necessidade de novos estudos que avaliem melhor esta correlação.

De acordo com os resultados deste trabalho, no que se refere ao grau de severidade do alcoolismo, observou-se que 76% dos pacientes alcoolistas analisados são de grau severo, mostrando que, em geral, os indivíduos que procuram tratamento estão neste grau de severidade.

Estes dados levam, também, a supor que eles procuraram o tratamento quando o comportamento de beber deixou de ser mantido por contingências reforçadoras positivas e passou a ser mais punido do que reforçado. Portanto, o indivíduo passa a se comportar por esquiva, isto é, os comportamentos emitidos são reforçados negativamente. Portanto, beber não é prazeroso. O indivíduo bebe para afastar os efeitos negativos da abstinência (mau-estar). Além disto, em geral as conseqüências sociais são muito graves, como perda de emprego, problemas familiares, afastamento do grupo social, o que significa a perda de importantes reforçadores. O único reforçador passa a ser a bebida, que agora não é mais fonte de prazer, mas sim é necessário beber para evitar o desprazer. Isto pode contribuir para que ele passe para o estágio da contemplação, aumentando a sua ambivalência, já existindo uma evolução nos estágios de mudança.



De acordo com Miller & Rollnick (2001) ao passar da pré-contemplação para a contemplação a pessoa fica mais consciente do conflito e experimenta mais ambivalência.

Uma vez que a passagem pelos estágios de mudança até a fase da ação leva de 3 a 6 meses, fazem-se necessárias avaliações dos pacientes mais em longo prazo para se ter uma maior noção de sua evolução nestas fases. Vale ressaltar que o modelo de tratamento analisado oferece estas condições de avaliação, já que os pacientes participam do pós-tratamento por dois anos e também continuam as programações dos Doze Passos nos grupos anônimos de auto-ajuda.

É também importante enfatizar que, uma vez que Alcoólicos Anônimos e o Modelo Minnesota representam 90% dos programas de tratamento para dependência química nos EUA (Marlatt, 1999), a Entrevista Motivacional e a Terapia Cognitiva-Comportamental vêm mostrando a sua eficácia, faz-se necessário o estímulo a pesquisas que visem a aplicabilidade e a integração destas abordagens em nosso meio.

Costello, 1975; Kissin, Platz & Su, 1971; Parker et al., 1979; Sanchez-Craig, 1990 (apud Miller & Rollnick, 2001) relataram que oferecer aos pacientes alternativas de abordagens pode diminuir a resistência e a desistência e além disso pode melhorar tanto a aderência como o resultado do tratamento.

Allen, 1996 (apud Figlie, 1999) também enfatiza a importância do conceito de “treatment matching” desenvolvido por Babor em 1996, onde determinados tipos de alcoolistas seriam locados de acordo com suas necessidades em determinados tipos de tratamento, incrementando a efetividade.

A escala SOCRATES também demonstrou ser um bom instrumento e poderia ser utilizada como uma tipologia psicométrica no sentido de garantir a efetividade de intervenções motivacionais durante o tratamento.

Com relação à análise da prontidão para o tratamento nos alcoolistas pesquisados, observou-se que não houve diminuição significativa da ambivalência com o tratamento. Estes resultados apontam para um desafio que é descobrir como poder-se-á ajudar a fortalecer a motivação para a mudança nos pacientes dependentes químicos. Ressalta-se a importância de se utilizar estratégias terapêuticas, privilegiando a Entrevista Motivacional, e a Terapia Cognitiva-Comportamental, visando auxiliá-los na diminuição e na elaboração de sua ambivalência, ou seja, na passagem do estágio da Contemplação para os estágios da Ação e da Manutenção, uma vez que os pacientes estão em evolução e já discriminam uma possibilidade de mudança.

Quanto ao modelo de tratamento analisado na presente pesquisa, constatou uma boa aderência ao programa, evidenciado por um nível de abandono de apenas 36%. Segundo Miller & Rollnick (2001) aderir a um programa sistemático para a mudança está associado a resultados bem sucedidos. Porém, fazem-se necessárias pesquisas no sentido de avaliar os motivos da não aderência ao tratamento.

O programa também parece ter contribuído para aumentar a conscientização dos sujeitos com relação ao seu problema com álcool, já que a maior porcentagem deles se mantiveram na fase da Contemplação, demonstrando um nível alto de ambivalência.

Porém, o programa pesquisado carece de técnicas mais aprimoradas que levem em conta o nível de ambivalência dos pacientes e de sua prontidão para mudança, já que utilizam abordagens de confronto e de aconselhamento. De acordo com Jungerman & Laranjeira (1999) abordagens como estas estimulam a resistência do paciente para o tratamento.

Para finalizar, é importante enfatizar que embora os dados encontrados nesta pesquisa tenham generalização restrita, devido à pequena amostra utilizada, eles apontam para a necessidade e a possibilidade da realização de pesquisas que avaliem a motivação de pacientes dependentes de outras drogas que não o álcool, uma vez que apresenta menor aderência ao tratamento, que enfatizem a integração de abordagens que aumentem a motivação dos pacientes para o tratamento e que abordem o pareamento do paciente ao tratamento, a prevenção de recaída e o controle da auto-eficácia.

## REFERÊNCIAS

- AAWS. Alcoólicos Anônimos atinge a Maioridade. Uma Breve História de A.A. 1ª ed. bras. New York AAWS, 1985. 308 p.
- American Psychiatric Association. (1995). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 th ed). Washington, DC : Author.
- BALTIERI, D. A., FOCCHI, G. R. (2001) Tratamentos Farmacológicos das dependências de álcool, cocaína e opióides. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*. Rio de Janeiro (2) : 7, junho.
- BECK, A. (1994) *Terapia Cognitiva na Prática Clínica. Um Manual Prático*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BLACKBURN, I. M. (1994) Depressão Severa em Pacientes Hospitalizados. In J. Scott, J. M. G. Williams & A. T. Beck (Eds), *Terapia Cognitiva na Prática Clínica. Um Manual Prático* (p.p. 01). Porto Alegre : Artes Médicas.
- BURNS, J. (1998) *O Caminho dos Doze Passos*. São Paulo : Loyola.
- CALÁBRIA, M. T. (1999) Razões do Abandono de Tratamento de usuários de drogas atendidos no Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana, no período de 1990 a 1995. *Anais do XIII Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências*, p. 71.
- CORRÊA, F.K., LIMA, M. E. C., DALBEN, I. & HEGEDUS, A. M. (1999) A Importância da Gravidade da Dependência e do Gênero para a Evolução de Dependentes de Drogas. *Revista da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas*. Porto Alegre, n.1, p. 29.
- COSTA, D. (1998) *Aspectos Biológicos das dependências químicas*. In : Iº Seminário UFMG / ABEAD-MG/JMP. Belo Horizonte.
- CRITS-CHRISTOPH, P. & SIQUELAND, L. (1996) Tratamento Psicossocial para Abuso de Drogas. Revisão selecionada e recomendações para cuidado nacional de saúde. *Archives of General Psychiatry*, vol. 53.

- CRUZ, M. S. & COSTA, N. A. R. (1999) Um estudo sobre adesão e abandono ao tratamento no grupo de atendimento a usuários de drogas do IPUB/UFRJ. Anais do XIII Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências, p. 66.
- CUNHA, R. N. (1995) Motivação e Análise do Comportamento. *Temas em Psicologia*. n.3, p. 11.
- EDWARDS, G. (1995) *O Tratamento do Alcoolismo*. São Paulo : Martins Fontes.
- FIGLIE, N. B. (1999) *Motivação em alcoolistas tratados em ambulatório específico para alcoolismo e em ambulatório de gastroenterologia*. Dissertação de Mestrado. UNIFESP/EPM. São Paulo. 88p.
- FORMIGONI, M. L. (1992) *A Intervenção Breve na Dependência de Drogas: a experiência brasileira*. São Paulo : Contexto.
- FORMIGONI, M. L. (1995) Terapia Breve de Base Cognitiva para Dependentes de Drogas. *Anais do XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e outras dependências*, p. 07.
- JUNGERMAN, F., LARANJEIRA, R. (1999) Entrevista Motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (5) : 197-207.
- KAPLAN, H. & SADOCK, B. (1993) *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre : Artes Médicas.
- LARANJEIRA, R. & NICASTRI, S. (1996) Abuso e Dependência de Álcool e Drogas. In : Almeida, O. P., Dractu, L. & Laranjeira, R. (org.). *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.
- LARANJEIRA, R. & PINSKY, I. (1998) *O Alcoolismo*. São Paulo : Contexto.
- MANCENTE, L. B. (1999) O PAA como suporte social no tratamento do alcoolismo: origem da demanda. Anais do XIII Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências, p 69.
- MARLATT, A. (1999) *Redução de Danos para Substâncias Não Injetáveis*. In : XIII Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências. Rio de Janeiro.

- MARLATT, A. & GORDON, J. (1993) *Prevenção da Recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre : Artes Médicas.
- MAUDE-GRIFFIN, P. M., HOHENSTEIN, J. M., HUMFLEET, G. L., REILLY, P. M., TUSEL, D. J. & HALL, S. M. (1998) Superior Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Urban Crack Cocaine Abuses: Main and Matching Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. San Francisco, vol. 06.
- MICHAEL, J. (1983) Motivational relations in behavior theory : A suggested terminology. *Cadernos de Análise do Comportamento*, n.5, p. 1-23.
- MILLER, W. R. (1991) CHAIR, Steering Committee, Project Match (MAAA), vol. 2, Project Match Monograph Series.
- MILLER, W. & ROLLNICK, S. (2001) Entrevista Motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre : Artmed.
- MILLER, W. R., ZWEBEN, A. (2001) *Guia de Pesquisa Clínica para terapeutas que tratam pessoas com abuso e dependência do álcool*. NIAAA.
- MOOREY, S. (1994) Abusadores de Drogas. In J. Scott, J. M. G. Williams & A. T. Beck (Eds.), *Terapia Cognitiva na Prática Clínica. Um Manual Prático* (p.p. 194). Porto Alegre : Artes Médicas.
- OLIVEIRA, L. C. (1997) *Variáveis críticas de reincidência às drogas em farmacodependentes*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas : Campinas, São Paulo. 111p.
- OLIVEIRA, M. S. (2000) *A Eficácia da Intervenção Motivacional em Dependentes do Álcool*. Tese de Doutorado. UNIFESP /EPM. São Paulo. 247p.
- OLIVEIRA, I. R. & SENA, E. P. (1994) Tratamento Farmacológico do Alcoolismo. In I. R. Oliveira, (Ed.), *Manual de Psicofarmacologia Clínica* (p.p. 316). Rio de Janeiro : Medsi Editora Médica e Científica Ltda.

- PINSKY, I., SILVA, E., MARQUES, A. C. & FORMIGONI, M. L. (1995) Abandono de Tratamento para Dependentes Químicos: um estudo qualitativo dos motivos. Anais do XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências, p. 107-108.
- QUINELLATO, R. T. (1999) Adesão do Alcoolista ao tratamento: Desafios para o século XXI. Anais do XIII Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências, p. 72.
- RAMOS, S. P. (1990) *Álcool e outras Drogas Hoje*. In : III Seminário Mineiro de Alcoolismo e I Seminário Mineiro sobre Drogas. Ouro Preto.
- RANGÉ, B. (1995) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos*. Campinas : Editorial Psy.
- RANGÉ, B. (1998) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas*. Campinas : Editorial Psy.
- RESENDE, G. L. O. (1999) Formação em Dependência Química: Uma experiência de implantação de uma disciplina sobre Dependência Química no Curso de Psicologia da FUNREI. *Jornal Mineiro de Psiquiatria*. Belo Horizonte, n.9, p. 16.
- SANTOS, I. C. (1999) O Abandono do Tratamento na atenção diária: desafio para o CPTT. Anais do XIII Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências, p. 72.
- SCHUCKIT, M. (1991) *Abuso de Álcool e Drogas. Uma Orientação Clínica ao Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre : Artes Médicas.
- SERRA, A. M. (2000) *Psicoterapia Cognitiva*. In : Curso de Especialização em Dependência Química da UNIAD / UNIFESP. São Paulo.
- SHINE, B. (1998) *Some Cocaine Abuses Fore Better With Cognitive-Behavioral Therapy, Others with 12 – Step Programs*. NIDA NOTES, vol. 15, number 1.
- SILVA, E. (1998) *Jornal Mineiro de Psiquiatria*, Belo Horizonte, n. 6, p. 5.
- SILVA, E., PINSKY, I., MARQUES, A. C. & FORMIGONI, M. L. (1995) Situações de Risco do uso de álcool e outras drogas: Detecção por um instrumento padronizado. Anais do XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências, p. 108.

SIMÃO, M. O (1999) Mulheres e Homens Alcoolistas: Um estudo comparativo de fatores sociais, e familiares e de evolução. Anais do XIII Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências, p. 65.

THASE, M. (1996) Cognitive – behavioral Therapy for Substance Abuse Disorders. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* . Chapter 2, p. 46.

WHALEY, D.L.& MALOTT, R. W. (1980) *Princípios Elementares do Comportamento*. São Paulo : EPU.



# **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**Questionário**  
**ANÁLISE DA PRONTIDÃO PARA O TRATAMENTO**  
**EM ALCOOLISTAS**  
**PUC-CAMPINAS**

**N.º do Voluntário:** \_\_\_\_\_

**I – DADOS DEMOGRÁFICOS**

**1 – Idade:** \_\_\_\_\_

**2 – Sexo:** \_\_\_\_\_

**3 – Cor:**

(1) Branco  
(2) Preto

(3) Pardo  
(4) Amarelo

**4 – Estado Conjugal:**

(1) Solteiro  
(2) Casado  
(3) Divorciado/Separado

(4) Viúvo  
(5) Amasiado

**5 – Escolaridade:**

(1) Analfabeto  
(2) 1º grau incompleto – Especificar série: \_\_\_\_\_  
(3) 1º grau completo  
(4) 2º grau incompleto – Especificar série: \_\_\_\_\_  
(5) 2º grau completo  
(6) Superior incompleto – Especificar série: \_\_\_\_\_  
(7) Superior completo  
(8) Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

**6 – Ocupação:**

(1) Nenhuma  
(2) Estudante  
(3) Cargos Operacionais  
(4) Cargos Administrativos  
(8) Outros (bicos, etc.): \_\_\_\_\_

(5) Cargos de Chefia  
(6) Profissional Liberal  
(7) Aposentado

**6A – Trabalhou no último ano:**

(1) Tempo integral  
(2) Tempo parcial  
(3) Não trabalhou  
(4) Outro: \_\_\_\_\_

**7 – Renda Familiar:**

(1) salário mínimo  
(2) 1 à 2 salários mínimos  
(3) 2 à 5 salários mínimos  
(4) 5 à 10 salários mínimos

(5) 10 à 20 salários mínimos  
(6) mais de 20 salários mínimos  
(7) não sabe

## ANEXO 2

### GRAU DE DEPENDÊNCIA (SADD)

As seguintes perguntas dizem respeito a uma série de fatores relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas. Por favor, ouça atentamente cada pergunta e responda as questões tendo em vista a época em que você estava bebendo.

Responda cada pergunta com a resposta que lhe parecer mais apropriada. As respostas são: **Nunca; Poucas vezes; Muitas vezes; Sempre**. Se você tiver alguma dificuldade, peça ajuda.

Por favor, procure responder a todas as perguntas.

#### Usar Cartão 1

	NUNCA	POUCAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
1 – Você acha difícil tirar o pensamento de beber da cabeça?	0	1	2	3
2 – Acontece de você deixar de comer por causa da bebida?	0	1	2	3
3 – Você planeja seu dia em função da bebida?	0	1	2	3
4 – Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite)?	0	1	2	3
5 – Na ausência da sua bebida favorita você bebe qualquer uma?	0	1	2	3
6 – Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois?	0	1	2	3
7 – Você acha que o quanto você bebe chega a prejudicá-lo?	0	1	2	3
8 – No momento em que você começa beber, é difícil parar?	0	1	2	3
9 – Você tenta se controlar (tenta deixar de beber)?	0	1	2	3
10 – Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você precisa beber para se sentir melhor?	0	1	2	3
11 – Você acorda com tremores nas mãos, na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito?	0	1	2	3
12 – Depois de ter bebido muito, você levanta com náuseas ou vômitos?	0	1	2	3
13 – Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente?	0	1	2	3
14 – Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua?	0	1	2	3
15 – Você esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo?	0	1	2	3
<b>ESCORE TOTAL</b>				

**Grau de Dependência:** (1) Leve = 0 à 9      (2) Moderada = 10 à 19      (3) Grave = acima de 20

## **CARTÃO 1**

- (0) Nunca**
- (1) Poucas Vezes**
- (2) Muitas Vezes**
- (3) Sempre**

## ANEXO 3

### SOCRATES

#### Usar Cartão 2

Por favor, ouça cuidadosamente as frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu beber. Para cada questão, indique o quanto você concorda ou discorda, **neste momento da sua vida**. Por favor, indique apenas uma alternativa de resposta para cada questão.

As alternativas de resposta são:

**1 – Discorda muito**

**2 – Discorda**

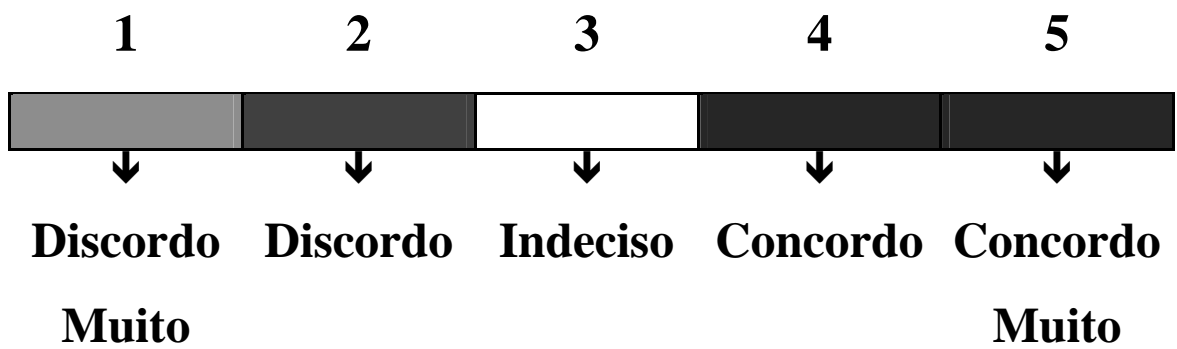
**3 – Indeciso**

**4 – Concorda**

**5 – Concorda muito**

	Discordo Muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Muito
1 – Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
2 – As vezes eu penso se sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
3 – Se eu não mudar logo a minha maneira de beber, meus problemas vão ficar piores.	1	2	3	4	5
4 – Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
5 – Estou tentando controlar a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
6 – As vezes eu penso se o meu beber está prejudicando as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7 – Eu sou uma pessoa que tem problemas com bebidas alcoólicas.	1	2	3	4	5
8 – Eu não estou pensando apenas nas mudanças da minha maneira de beber. Eu já estou fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
9 – Eu já mudei o meu hábito de beber e estou buscando meios para não voltar a beber como bebia antes.	1	2	3	4	5
10 – Eu tenho graves problemas com a bebida.	1	2	3	4	5
11 – As vezes, eu penso se tenho controle sobre a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
12 – O meu hábito de beber está causando muitos transtornos.	1	2	3	4	5
13 – Você parou ou diminui seu hábito de beber? ( ) <b>Não</b> – Coloque a resposta Discordo Muito. ( ) <b>Sim</b> – Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar o meu beber.	1	2	3	4	5
14 – Antes você tinha problemas com a bebida? ( ) <b>Não</b> – Coloque a resposta Discordo Muito. ( ) <b>Sim</b> – Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter os problemas com a bebida que eu tinha antes.	1	2	3	4	5
15 – Eu sei que tenho problemas com bebidas alcoólicas.	1	2	3	4	5
16 – Às vezes eu acho que bebo demais.	1	2	3	4	5
17 – Eu sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
18 – Eu estou me esforçando muito para mudar o meu hábito de beber.	1	2	3	4	5
19 – Você fez mudanças no seu hábito de beber? ( ) <b>Não</b> – Coloque a resposta Discordo Muito. ( ) <b>Sim</b> – Eu quero alguma ajuda para não voltar a beber como antes.	1	2	3	4	5

## CARTÃO 2



<b>SOCRATES</b>
-----------------

Por favor, ouça cuidadosamente as frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu beber. Para cada questão, indique o quanto você concorda ou discorda, **neste momento da sua vida**. Por favor, indique apenas uma alternativa de resposta para cada questão.

As alternativas de resposta são:

**1 – Discorda muito**

**4 – Concorda**

**2 – Discorda**

**5 – Concorda muito**

**3 – Indeciso**

RECONHECIMENTO	AMBIVALÊNCIA	AÇÃO
1 _____		
	2 _____	
3 _____		4 _____
		5 _____
	6 _____	
7 _____		
		8 _____
		9 _____
10 _____		
	11 _____	
12 _____		
		13 _____
		14 _____
15 _____		
	16 _____	
17 _____		
		18 _____
		19 _____
<b>TOTAL =</b>	<b>TOTAL =</b>	<b>TOTAL =</b>

**PERFIL DA SOCRATES (Versão de 19 itens 8A)**

Instruções: Analisar o escore total obtido na folha de respostas no quadro abaixo. Para cada escala, determinar o valor do escore obtido.

<b>Escore</b>	<b>Reconhecimento</b>	<b>Ambivalência</b>	<b>Ação</b>
90 Muito Alto		19-20	39-40
80		18	37-38
70 Alto	35	17	36
60	34	16	34-35
50 Médio	32-33	15	33
40	31	14	31-32
30 Baixo	29-30	12-13	30
20	27-28	9-11	26-29
10 Muito Baixo	7-26	4-8	8-25

OBS.: Estes escores foram baseados em uma amostra de 1726 homens e mulheres adultos que estavam em tratamento para problemas relacionados ao consumo alcoólico no Projeto MATCH.



## ANEXO 4

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Geraldo Luiz Oliveira de Resende, estudante de Pós-Graduação pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, estou realizando uma pesquisa sobre análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas.

São João del-Rei, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2002

Eu, \_\_\_\_\_  
RG nº \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado sobre a finalidade, procedimentos, garantia do anonimato e ética deste estudo: concordo por livre espontânea vontade em participar do mesmo e autorizo, através deste documento, o Psicólogo Geraldo Luiz Oliveira de Resende, fazer uso de minhas informações para fins estritamente científicos dentro da ética que lhe é atribuída.

Por ser verdade, firmo o presente na forma da lei.

---

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

---

TESTEMUNHA