



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

ROBERTO MENDES DOS SANTOS

**PRONTIDÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO DE
DEPENDENTES QUÍMICOS DE ÁLCOOL EM TRATAMENTO
EM CAPS AD**

Recife – PE

Fevereiro de 2015

ROBERTO MENDES DOS SANTOS

**PRONTIDÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO DE
DEPENDENTES QUÍMICOS DE ÁLCOOL EM TRATAMENTO
EM CAPS AD**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Área de Concentração: Psiquiatria

Linha de Pesquisa: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Recife - PE

Fevereiro de 2015

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S237p Santos, Roberto Mendes dos.
Prontidão para a mudança de comportamento de dependentes
químicos de álcool em tratamento em CAPS AD / Roberto Mendes dos
Santos. – Recife: O autor, 2014.
130 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Murilo Duarte da Costa Lima.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Alcoolismo. 2. Motivação. 3. Entrevista motivacional. I. Lima, Murilo
Duarte da Costa (Orientador). II. Título.

612.665 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2015-020)

ROBERTO MENDES DOS SANTOS

**PRONTIDÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO DE
DEPENDENTES QUÍMICOS DE ÁLCOOL EM TRATAMENTO EM
CAPS AD**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Área de concentração: Psiquiatria.

Aprovado em: 06/03/2014

BANCA EXAMINADORA

Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE

Dr^a Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE

Dr^a Reginete Cavalcanti Pereira

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO - UFRPE

Dedico esta dissertação ao meu pai, meu ídolo, fonte de inspiração e a quem procuro em todos os momentos em que preciso de sabedoria. Apesar de não estar fisicamente entre nós, sei que estará sempre ao meu lado. Hoje, orgulhosamente, me torno mestre como você.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por permitir a realização deste sonho.

Agradeço aos meus pais, que devotaram suas vidas aos filhos, para que se tornassem pessoas de bem e enxergassem neles modelos de amor, de fraternidade e de dedicação a tudo que construíram na vida. A minhas irmãs Patrícia e Amanda e a minha sobrinha Tainá. A Maria e ao Luís.

A todos os meus familiares pelo ambiente amoroso e pela torcida pelo primeiro doutor. A meu avô João Mendes pelos ensinamentos enquanto estive conosco. A família que conquistei em meu casamento.

A Ricardo Henrique, que dividiu comigo a coleta dos dados e dedicou vários momentos seus para que esta pesquisa se tornasse realidade. Às equipes do CAPSad Primavera e do CAPSad David Capistrano, por proporcionarem um ambiente propício à realização da pesquisa e por acreditarem na transformação do cuidado às pessoas.

A Aline, Daniel, Daniela e Henrique. Esta tropa de elite estará sempre em meu coração. A todos os companheiros da turma da Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento de 2012 pelo ambiente tão científico quanto divertido. A professora Adriana Ribeiro, com quem dividi a estrada por meses e que tanto me ensinou.

Ao professor Murilo Duarte da Costa Lima, por sua paciência, sua tranquilidade e por detalhes preciosos que transformaram uma simples ideia numa realidade científica. Aos membros do Núcleo de estudos em dependência química (NEDEQ) por todas as sugestões e inspirações. A todo o corpo docente do programa. Aos funcionários do departamento de Neuropsiquiatria.

Ao professor Joab Oliveira, *in memoriam*, por me ensinar a transformar a frieza dos números e das estatísticas em relações preciosas e em associações com o mundo real.

Lute com determinação,
abraça a vida com paixão,
perca com classe e vença com ousadia,
porque o mundo pertence a quem se atreve
e a vida é muito para ser insignificante.

Charles Chaplin

SANTOS, R. M. Prontidão para a mudança de comportamento de dependentes químicos de álcool em tratamento em CAPS AD. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

RESUMO

Introdução: a prontidão para mudança, expressa como a vontade de se inserir em um processo pessoal de adotar um novo comportamento, pode ser associada à adesão ao tratamento de alcoolistas. Objetivo: conhecer as características clínicas relacionadas à prontidão de alcoolistas para permanecer em tratamento. Método: Trata-se de estudo analítico, longitudinal, de acompanhamento de pacientes, com amostragem não probabilística do tipo intencional, realizada com 41 indivíduos dependentes químicos de álcool em tratamento em dois Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas (CAPSad) da região metropolitana de João Pessoa/PB. O estudo verificou a existência de dependência química de álcool dos sujeitos na chegada para o tratamento, por meio do instrumento *The Alcohol Use Identification Test* (AUDIT), e identificou o estágio de prontidão para a mudança de comportamento em três diferentes momentos, através da escala *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA). Resultado: o público foi formado, em sua maioria, de indivíduos do sexo masculino, com idade média de 44 anos, baixa escolaridade, de classificação econômica Brasil C1 e C2, desempregados, e com cerca de 24 anos de consumo alcoólico. Em relação ao estágio motivacional, a maioria dos pacientes (53,66%) encontrava-se em estado de pré-contemplação, no qual os indivíduos não enxergam a mudança como algo necessário, e apenas 7 sujeitos chegaram ao final dos três meses de pesquisa em tratamento regular. Conclusão: os dados obtidos demonstram a importância da identificação de fatores de modificação dos aspectos motivacionais na construção de projetos terapêuticos mais consentâneos às necessidades terapêuticas individuais.

Palavras-chave: Alcoolismo. Motivação. Entrevista motivacional.

SANTOS, R. M. Readiness to change behavior of alcoholics in treatment at CAPS AD. Dissertation (Master of Neuropsychiatry and Behavioral Sciences) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

ABSTRACT

Introduction: the readiness for change, expressed as a willingness to enter into a personal process of adopting a new behavior, can be associated with adherence to treatment of alcoholics. Objective: Knowing the clinical characteristics related to readiness for alcoholics to remain in treatment. Method: this is an analytical, longitudinal and of follow-up study with non-probabilistic intentional sampling, conducted with 41 alcohol dependents in treatment in two Psychosocial Centers for Alcohol and other Drugs (CAPSad) in the metropolitan area of João Pessoa/PB. The study found that there was alcohol addiction subjects on arrival to treatment by means of the instrument *The Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), and identified the stage of readiness to change behavior at three different times, across the range *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA). Result: the public was comprised mostly of males, mean age 44 years, low education, economic classification Brazil C1 and C2, unemployed, and with nearly 24 years of alcohol consumption. Regarding the motivational stage, most patients (53.66 %) was in a state of pré-contemplation, in which individuals do not see the change as necessary, and only seven subjects reached the end of the three months of research regular treatment. Conclusion: the data demonstrate the importance of identifying modification of factors of motivational aspects in therapeutic projects better suited to the individual therapeutic needs.

Keywords: Alcoholism. Motivation. Motivational interviewing.

LISTA DE ABREVIATURAS

5-HT - Serotonina

AA - Alcoólicos Anônimos

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CICAD - Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão

DALYS - Anos Potenciais de Vida Perdidos Ajustados para Incapacidades

DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 ed.

GABA - Ácido gama-aminobutírico

INPAD - Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas

LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

MTT - Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento

NEDEQ – Núcleo Especializado em Dependência Química

NMDA- N-metil-D-aspartato

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas

SAA – Síndrome de abstinência ao álcool

SDA - Síndrome de dependência de álcool

SAMSHA - Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental

SNC - Sistema nervoso central

SUS – Sistema Único de Saúde

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Perfil do dependente de álcool por unidade de acolhimento	43
TABELA 2: Relação entre o perfil do dependente de álcool no momento da internação com o seu estágio motivacional	47
TABELA 3: Relação entre o perfil do dependente de drogas no momento da admissão com o seu estágio motivacional (agrupado)	49
TABELA 4: Mapeamento da prevalência do perfil motivacional dos pacientes no momento da internação, segundo o sexo, idade e tempo de uso de álcool	51
TABELA 5: Comparação do tempo médio de uso de álcool e estágio motivacional dos pacientes por sexo	54
TABELA 6: Relação entre tempo de uso de álcool e intensidade do consumo	56

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Perfil dos pacientes investigados no estudo	45
FIGURA 2: Caracterização do perfil motivacional dos pacientes, segundo sexo, idade e tempo de uso de álcool	53
FIGURA 3: Comparação do tempo médio de uso de álcool e estágio motivacional dos pacientes por sexo	55
FIGURA 4: Evolução motivacional dos pacientes em função das observações do estudo	58

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 INTRODUÇÃO	16
3 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA	18
3.1 O álcool enquanto problema de saúde pública	18
3.2 Aspectos epidemiológicos	19
3.3 Histórico da utilização do álcool pela Humanidade	21
3.4 Síndrome de dependência do álcool	23
3.5 Aspectos neurobiológicos do álcool no organismo humano	25
3.6 Estratégias terapêuticas dos problemas relacionados ao álcool	27
3.7 O Papel do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	28
3.8 A motivação: instrumento de modificação de comportamentos	29
3.9 O modelo Transteórico de Mudança de Comportamento	31
4 PERGUNTA CONDUTORA	34
5 OBJETIVOS	
5.1 Objetivo Geral	34
5.2 Objetivos específicos	34
6 MÉTODOS	35
6.1 Delineamento do estudo	35
6.2 Local da pesquisa	35
6.3 Público-alvo	35
6.4 Procedimento de coleta de dados	35
6.5 Instrumentos de Medida	36
6.5.1 Questionário sociodemográfico	36
6.5.2 “The Alcohol Use Disorders Identification Test” (AUDIT)	36
6.5.3 “The University of Rhode Island Change Assessment Scale” (URICA)	37
6.6 Aspectos éticos	37
6.7 Procedimentos de Análise Estatística	38

6.7.1 Análise descritiva e exploratória	38
6.7.2 Testes de associação entre variáveis	38
6.7.3 Teste exato de Fisher	39
7 RESULTADOS	41
7.1 Perfil do Dependente Alcoólico	41
7.2 Caracterização do Perfil Motivacional dos Pacientes	49
7.3 Índices de avaliação do potencial motivacional dos pacientes	55
8 DISCUSSÃO	58
9 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	
A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	79
B Questionário sociodemográfico	81
C Proposta de Artigo de Revisão Sistematizada	82
D Proposta de Artigo Original	104
ANEXOS	
I - The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	119
II - University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)	121
III - Critério de Classificação Econômica Brasil	125
IV - Ofício de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	126
V - Carta de Anuência da Prefeitura de João Pessoa/PB	129
VI - Carta de Anuência da Prefeitura de Cabedelo/PB	130

1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está redigida em um modelo diverso da maioria das publicações semelhantes. Desta feita, se faz necessária a apresentação de suas subdivisões.

Num primeiro momento, é feita uma vasta revisão da literatura previamente existente, sobre cada um dos três elementos fundamentais que determinam este estudo: o alcoolismo, o Centro de Atenção Psicossocial para o tratamento de álcool e outras drogas, e os conceitos sobre a motivação e a prontidão para a mudança de comportamento. Pela diversidade de conteúdo existente nesta tríade, houve a percepção de que apenas um artigo de revisão sistematizada não conseguiria abarcar a necessidade de detalhar vários conteúdos importantes, principalmente sobre o álcool e suas relações com a sociedade humana.

É apresentada uma revisão sistematizada da literatura sob forma de artigo, com título “Motivação para a mudança de comportamento em alcoolistas: uma revisão integrativa”. O texto tem como objetivo verificar na literatura científica atual as contribuições dos aspectos motivacionais e das bases da teoria da entrevista motivacional no tratamento do alcoolismo. Neste momento, aprofundou-se a relação entre o Modelo Transteórico de mudança de comportamento (MTT) e o tratamento do alcoolismo. Esta revisão é apresentada nos apêndices desta dissertação, por não ter sido aprovada para publicação até o momento do depósito da mesma na Instituição.

Nos tópicos posteriores, é detalhada a pergunta condutora da pesquisa, os objetivos, geral e específicos, do estudo, além dos métodos empregados na realização da pesquisa de campo. São delineados, então, os instrumentos utilizados para a coleta dos dados a serem analisados. Além disso, é apresentada a fundamentação estatística que embasa o tratamento dos dados encontrados e exibidos nos resultados.

Em relação à exposição dos resultados, novamente há uma subdivisão de tópicos. Num primeiro momento, são apresentados os elementos encontrados na pesquisa de campo, através de tabelas e gráficos, com alguns textos introdutórios para auxiliar em melhor visualização dos dados, e a fundamentação para a interpretação dos dados através da construção de índices de eficiência do tratamento. Por fim, foi construído um artigo

original, com o título “Prontidão para a mudança de comportamento em alcoolistas: um estudo de seguimento”. O objetivo foi identificar quais características clínicas podem fazer indivíduos ser mais susceptíveis a permanecer motivados para o tratamento em CAPSad, e quais estratégias poderiam ser desenvolvidas para potencializá-las. Mais uma vez, o artigo está apresentado nos apêndices da dissertação.

Os resultados da pesquisa são detalhados e estudados na sessão referente à discussão. Neste momento, são elencadas possíveis associações entre as informações encontradas na pesquisa, relações com pesquisas anteriores nas temáticas estudadas, e possíveis sugestões que podem ser oferecidas para a construção de projetos terapêuticos para alcoolistas em tratamento que possam ser mais eficazes na prática clínica.

2 INTRODUÇÃO

O hábito de consumir drogas é uma prática humana, milenar e universal. Não existe sociedade que não tenha recorrido ao seu uso, em todos os tempos, com finalidades as mais diversas. Seja para amainar dores, para trazer relaxamento, euforia, ou mesmo para atingir níveis alterados de consciência, as substâncias psicoativas sempre estiveram presentes na evolução das sociedades (SEIBEL, 2010).

A despeito da quantidade e da qualidade da produção científica que versa sobre o assunto, há uma série de interrogações sobre o percurso que o usuário percorre até o momento do início do uso, e principalmente que fatores mantenedores foram importantes para aquele indivíduo. Por ser uma vivência deveras individual, nas quais fatores sociais e culturais interagem com um equipamento individual singular, a ciência ainda precisa caminhar bastante para confeccionar as melhores opções de tratamento.

Em nosso meio, uma droga em específico chama a atenção da opinião pública e dos profissionais de saúde, tanto pelo número de usuários, como pelo potencial de efeitos devastadores provocados em seus usuários: o álcool.

O álcool é fonte de sérios problemas de saúde pública, determinante de 10% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida no Brasil (MELONI et al., 2004). Além disso, O 2º Levantamento Nacional de álcool e drogas (LENAD), realizado pelo Instituto nacional de Ciências e Tecnologia para políticas públicas do álcool e outras drogas (IMPAD), publicado em 2013, mostra que 48% da população brasileira com mais de 14 anos de idade faz uso abusivo de bebidas alcoólicas, o que corresponderia a mais de 67 milhões de pessoas. Destas, 17% preencheriam critérios clínicos para dependência química de álcool.

Apesar da progressão do número de pessoas que fazem uso nocivo desta substância, é pequena a porcentagem de alcoolistas que procura tratamento (FIGLIE et al., 2000). Um dos fatores que poderia explicar a dificuldade para a aderência ao tratamento seria a motivação para mudar comportamentos que mantenham o relacionamento com a bebida, isto é, de que forma o indivíduo se movimentaria para alterar seus hábitos, e quais os fatores decisivos a serem reconhecidos nesse processo. Ainda não são bem conhecidas as motivações para a manutenção destes indivíduos em

tratamento, as consequências e as razões para a não adesão à terapêutica proposta (RIBEIRO & POÇO, 2006).

A ideia de que as pessoas progridem através de estágios motivacionais na resolução de um problema tem se mostrado de vital importância para os profissionais que lidam com dependência química. A motivação pode ser refletida em estágios de prontidão para a mudança, e pode flutuar de uma situação para outra, sofrendo influência de fatores externos.

A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas de 2003 direciona como espaço mais eficaz para acolher e oferecer tratamento especializado para a dependência química o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas (CAPSad).

O Centro de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde de base comunitária, construído para acolher indivíduos com transtornos mentais graves e crônicos, além de seus familiares, incentivando iniciativas de busca de autonomia através da oferta de atendimento especializado (BRASIL, 2010). O CAPSad tem como público-alvo indivíduos com problemas clínicos secundários ao uso prejudicial de álcool e/ou de outras drogas, a partir de projetos terapêuticos pautados em terapia individual e comunitária, no seu território de vivências.

A importância de pesquisas neste tema é ampliar o conhecimento do público envolvido com a dependência química, principalmente os profissionais envolvidos na saúde mental, e suscitar o debate em torno do tratamento do alcoolismo. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar quais características clínicas podem fazer indivíduos ser mais susceptíveis a permanecer motivados para permanecer no tratamento no CAPSad, e quais estratégias podem ser desenvolvidas para potencializá-las.

3 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

Nesta sessão, será apresentada uma revisão da literatura sobre aspectos primordiais para o entendimento do tripé de sustentação desta pesquisa: o alcoolismo, o tratamento em CAPSad e as teorias sobre a motivação para a mudança de comportamento.

3.1 O ÁLCOOL ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O álcool é uma das substâncias psicoativas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. É um dos motivos pelo qual é encarado de forma diferenciada, quando comparado às demais drogas. Apesar da ampla aceitação social, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, passa a ser um problema.

É a causa atribuível de 3,8% das mortes e 4,6% dos casos de doença em todo o mundo, e agente ativo de mais de sessenta tipos de doenças (BRASIL, 2010). Seus efeitos de morbidade e mortalidade não atingem apenas os indivíduos que fazem a ingestão de bebidas alcoólicas, mas também seriam responsáveis por gerar um extenso conjunto de custos sociais, principalmente relacionados a condutas violentas de ordem interpessoal, ocasionando uma perda significativa dos Anos Potenciais de Vida Perdidos Ajustados para Incapacidades (DALYS) [BRASIL, 2010].

Cerca de trinta milhões de brasileiros já tiveram, pelo menos, algum problema relacionado ao uso de álcool durante a vida. A prevalência de bebedores com problemas parece diminuir com a idade, passando de 53%, entre os 18 e 24 anos, para 35%, no grupo com idade superior a 60 anos. Entre os problemas que podem ser mencionados, os de caráter físico são os mais comuns, seguidos por conflitos familiares e sociais (com algum episódio de violência), problemas de trabalho, problemas de cunho legal, entre outros (ANDRADE, 2009).

O álcool é a principal causa de doença e morte, podendo ter um impacto considerável na saúde de valores entre 8% e 14,9%. No Brasil, o álcool é responsável por 85% das internações decorrentes do uso de substâncias psicoativas, 20% das internações em clínica geral e 50% das internações masculinas psiquiátricas (BOYUM & KLEIMAN, 1995; BRESLOW & GRAUBARD, 2008).

Noto et al. (2002) coletaram dados junto a hospitais e clínicas psiquiátricas de todo o Brasil, no período de 1988 a 1999, e perceberam que o álcool foi o responsável por cerca de 90% de todas as internações hospitalares por dependências, variando de 95,3% em 1988 a 84,4% em 1999.

3.2 ASPÉCTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Desde o uso recreativo ao uso problemático, o álcool é a substância psicoativa mais consumida no mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2004), aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. Seu uso indevido é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Quando esses índices são analisados em relação à América Latina, o álcool assume uma importância ainda maior: cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos neste continente estão relacionados ao seu consumo, índice quatro vezes maior do que a média mundial (ANDRADE E COLS., 2009).

A prevalência mundial de dependência de álcool é de 3,6%, maior entre homens (6,3%) do que em mulheres (0,9%) [OMS, 2004]. O leste europeu é a região com maior prevalência de abuso ou dependência de álcool: 19,2% dos homens (10,9% da população geral) apresentam transtornos relacionados ao uso de álcool. Nas Américas seriam 5,2% dos indivíduos (REHM et al., 2009).

No Brasil, dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropicas (CEBRID) referentes aos dois Levantamentos Domiciliares de uso de Drogas Psicótropicas realizados no país, mostram que aumentou de 11,2% em 2001 para 12,3% em 2005 das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, a porcentagem de indivíduos que preenchem critérios para a dependência do álcool, e, além disso, que cerca de 75% dos entrevistados já beberam pelo menos uma vez na vida. (CARLINI et al., 2002; GALDURÒS, 2007). Os mesmos levantamentos mostram um aumento das prevalências de dependência também na população adolescente de 12 a 17 anos de 5% em 2001 para 7% em 2005.

O 2º Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), realizado pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), da

Universidade Federal de São Paulo, mostrou que, entre os bebedores, 16% consomem quantidades nocivas de álcool nas ocasiões em que bebem e dois em cada dez apresentaram critérios para abuso ou dependência – o que corresponde à realidade de 11,7 milhões de brasileiros (LARANJEIRAS, 2013).

Em estudo sobre o consumo de álcool na América Latina, do Banco Mundial, foi mostrado como os homens tendem a beber mais e a ter maiores prejuízos em relação ao álcool, enquanto as mulheres sofrem mais com a violência relacionada a seu consumo (PYNE, 2002).

No Brasil, conforme o Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal do São Paulo – CEBRID, o uso de álcool em 108 maiores cidades do País é de 74,6%, porcentagem inferior a de outros países como Chile (86,5%) e EUA (82,4%). O menor uso de álcool ocorre na Região Norte (53,9%) e o maior na Região Sudeste (80,4%). Em todas as regiões, observaram-se mais dependentes de Álcool para sexo masculino (CARLINI et al., 2007).

A prevalência de dependentes é mais alta nas regiões Nordeste, com porcentagens quase de 14%. Fato mais preocupante é a constatação de que, no Brasil, 5,2% dos adolescentes (12 a 17 anos de idade) são dependentes do álcool. No Norte e Nordeste, essa porcentagem está próxima dos 9% (CARLINI *et al.*, 2007).

O álcool é responsável por mais de 90% das internações hospitalares por dependência no país (CARLINI et al., 2002). Em relação aos pacientes internados por problemas psiquiátricos, aproximadamente 35% apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, sendo 90% ligados ao consumo de álcool (NOTO & CARLINI, 1995). No entanto, a maior parte daqueles que procuram tratamento opta por ajuda médica geral e não por tratamento especializado em saúde mental (TURISCO et al., 2000).

De acordo com Carvalho (2012), o álcool lidera o ranking de riscos de morte de homens entre 15 e 59 anos. Inúmeras pesquisas mostram que consumidores de álcool estão mais propensos a comportamentos de alto risco, como sexo sem proteção, acidentes (50,6% das vítimas de acidentes de carro estavam alcoolizados), absenteísmo no trabalho e brigas físicas (53,6% das vítimas e 58,9% dos autores dos crimes estavam alcoolizados).

Nas últimas duas décadas, diferentes autores brasileiros têm chamado atenção para a precocidade crescente no consumo de bebidas alcoólicas por parte dos adolescentes (CARLINI et al, 1989; GALDURÓZ et al, 1997; SAIBRO & RAMOS, 2003). O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (2007) apontou que o beber precoce e regular está realmente bastante presente entre os jovens, de tal forma que a primeira vez de uso tem ocorrido aos 13,9 anos; enquanto que o consumo regular é realizado aos 14,6 anos, médias de idade que foram maiores entre os jovens de 18 e 25 anos quando questionados a respeito.

No entanto, não convém perder de vista que a maioria dos jovens que passam a consumir bebidas alcoólicas não apresenta qualquer tipo de problema, principalmente nos primeiros anos de uso. A probabilidade do aparecimento desses ficaria aumentada, conforme demonstrou Vaillant (1983), pela existência de familiares alcoolistas. Quanto mais familiares alcoolistas, maiores são as chances de o abuso alcoólico se instalar.

3.3 BREVE HISTÓRICO DA UTILIZAÇÃO DO ÁLCOOL PELA HUMANIDADE

O problema do consumo abusivo do álcool é tão antigo quanto a história da humanidade, talvez seja a droga mais antiga utilizada pela espécie humana. Há vestígios da sua existência desde períodos paleolíticos (WESTERMEYER, 1991), e durante o período Neolítico, com a aparição da agricultura e a invenção da cerâmica, fermentações outrora acidentais passaram a ser repetidas de forma deliberada (SEIBEL, 2010). Desde então, o ser humano passou a consumir e a atribuir diferentes significados ao uso do álcool (VIALA-ATIGUES & MECHETTI, 2003).

Na literatura médica, por volta do século 385 a.C., Hipócrates descreveu o uso do álcool como um fator predisponente a várias doenças, e relatou a respeito do *delirium tremens* em seu livro sobre as epidemias. No Egito e na Assíria, festas de veneração aos deuses da agricultura se transformavam em bebedeiras coletivas que podiam durar dias seguidos. Conforme os egípcios, o Deus Osíris teria ensinado os homens a cultivar a videira e a cevada para a fabricação de bebidas capazes de “inspirar a alma” (FERNANDES & FERNANDES, 2002).

Com o aumento da disponibilidade, após o advento da destilação, o consumo de álcool passou a ser mais frequente a abusivo, em contraste a uma situação anterior em que o uso era predominantemente associado a rituais religiosos ou festivos. A partir de então, “beber excessivamente” passou a ser considerado um comportamento pecador e fraco, conceito este que foi incorporado aos ditames morais de diversas culturas. O modelo moral foi uma primeira tentativa da sociedade ocidental de controlar o uso da substância, considerando-a potencialmente geradora de problemas (SEIBEL, 2010).

Tanto na Europa como nos Estados Unidos o consumo de álcool aumentou consideravelmente após a revolução industrial, pela capacidade de expansão da produção e a conseqüente facilitação do acesso. Em função das conseqüências deste uso abusivo e dos problemas decorrentes a ele, a opinião pública pressionou os cientistas da época a desenvolverem pesquisas a respeito. Benjamin Rush, um dos fundadores da psiquiatria americana, considerou o uso disfuncional do álcool como uma doença ou “transtorno da vontade”, publicando em 1789 um livro sobre os efeitos dos “espirituosos” sobre a mente e sobre o corpo humano (MARQUES, 2001).

Na Inglaterra, Thomaz Trotter, no final do século XVIII, publicou trabalhos nos quais considerava a embriaguez uma doença. Em 1849, na Suécia, após a publicação do trabalho de Magnuss Huss, “*Alcoholismus Chronicus*” o termo “alcoholismo” foi usado como sinônimo de “ebriedade” pela primeira vez e o conceito de doença expandiu-se como “o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas esferas psíquica, sensitiva e motora”, observadas nos sujeitos que consumiam bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva, durante longo tempo (EDWARDS et al, 1994; MARQUES, 2001).

Com Morton Jellinek, a definição de alcoholismo foi reestruturada e o alcoholismo passou a ser classificado como doença, o que gerou uma noção de repercussão negativa e social. O livro “*The Disease Concept of Alcoholism*”, publicado em 1960, foi um marco na evolução deste conceito. Nesta obra, Jellinek define o alcoholista como todo indivíduo “cujo consumo de bebidas alcoólicas pudesse prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos, e categorizou o alcoholismo como doença, tendo como base as quantidades de álcool consumidas” (MARQUES, 2001).

3.4 SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

A dependência química significa um relacionamento alterado entre a pessoa e sua forma de beber (EDWARDS, 1986). Edwards e Gross, em 1976, desenvolveram o conceito de síndrome de dependência de álcool, considerando o termo “síndrome” como um conceito para designar “um agrupamento de sinais e sintomas, sendo uma formulação científica descritiva”.

A Síndrome de Dependência de Álcool (SDA) foi descrita, então, como um transtorno que se constituiria ao longo da vida, dependendo da interação de fatores biológicos, sociais e culturais, como religião e valor simbólico do álcool em cada comunidade, pensada como uma forma de aprendizado individual e social do modo de se consumir bebidas e nesse processo de aprendizado de usar o álcool (GIGLIOTTI & BESSA, 2004). Esse conceito foi adotado como elemento essencial para a classificação das substâncias psicoativas.

A sistematização da SDA, proposta por Edwards, modificou a compreensão dos problemas relacionados ao álcool pela medicina, influenciando as classificações posteriores. No Brasil, Gigliotti & Bessa, em 2004, realizaram observações importantes a respeito, detalhando seus critérios, e suas valiosas observações servirão como bases da descrição dos elementos da Síndrome de Dependência Alcoólica elencados a seguir:

Estreitamento do repertório

De início, o usuário bebe com flexibilidade de horários, de quantidade e de tipo de bebida. Com o passar do tempo, passa a beber com mais frequência, até consumir todos os dias, em quantidades crescentes, ampliando a constância e deixando de importar-se com a inadequação das situações. Nos estágios mais avançados, o indivíduo consome a substância de modo compulsivo e incontrolável para aliviar os sintomas da abstinência, sem se importar com os danos orgânicos, sociais ou psicológicos.

Saliência do comportamento de busca do álcool

Com o estreitamento do repertório, há uma tentativa do indivíduo de priorizar o ato de beber, mesmo em situações inaceitáveis (por exemplo, dirigindo veículos, no trabalho). Em outras palavras, o beber passaria a ser a vida do usuário, acima de qualquer outro valor, como saúde, família e trabalho. Os pacientes abandonam progressivamente outros prazeres ou interesses diversos em favor do uso do álcool; aumentam a quantidade

de tempo necessário para obter, tomar e se recuperar dos efeitos do álcool e persistem no consumo, apesar das consequências nocivas, tais como problemas clínicos e psicossociais.

Aumento da tolerância ao álcool

Com a evolução da síndrome, há necessidade de doses crescentes de álcool para obter o mesmo efeito conseguido com doses menores, ou a capacidade de realizar atividades apesar de altas concentrações sanguíneas de álcool.

Sintomas repetidos de abstinência

Quando há diminuição ou interrupção do consumo de álcool, surgem sinais e sintomas de intensidade variável. No início, eles são leves, intermitentes e pouco incapacitantes, mas, nas fases mais severas da dependência, podem se manifestar os sintomas mais significativos, como tremores intensos e alucinações. A síndrome de abstinência ao álcool (SAA) caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas que surgem já nas primeiras 6 horas após a diminuição ou interrupção do uso de álcool. A SAA tem curso flutuante e autolimitado, com pico de duração de 24 a 48 horas após o início dos sintomas, podendo durar em média de 5 a 7 dias (CORDEIRO et al., 2007; LARANJEIRA et al., 2000).

Uma complicação bastante séria no período de abstinência é o *delirium tremens*, caracterizado por alucinações visuais vívidas, alteração do nível da consciência e desorientação. A mortalidade nos pacientes que o apresentam é de 5 a 25% (CORDEIRO et al., 2007; LARANJEIRA et al., 2000).

Alívio dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão da bebida

Este é um sintoma importante da SDA, difícil de ser identificado nas fases iniciais. Torna-se mais evidente na progressão do quadro, com o paciente admitindo que beba pela manhã para sentir-se melhor, uma vez que permaneceu por toda noite sem ingerir etílicos.

Percepção subjetiva da necessidade de beber

É o desejo subjetivo e intenso de fazer uso do álcool o qual pode ser compreendido como "fissura" ou "craving". A pessoa experimenta uma perda do controle, e há uma pressão psicológica para beber e aliviar os sintomas da abstinência.

Reinstalação após a abstinência

Mesmo depois de períodos longos de abstinência, se o paciente tiver uma recaída, rapidamente restabelecerá o padrão antigo de dependência. Uma pessoa com nível de dependência moderado quando fica abstinente por um período e volta a beber a síndrome de dependência se reinstala em semanas ou meses. Para um nível de dependência grave este período pode ser de alguns dias (LARANJEIRA & NICASTRI, 1996; LARANJEIRA et al., 2003).

3.5 ASPÉCTOS NEUROBIOLÓGICOS DO ÁLCOOL NO ORGANISMO HUMANO

Devido a sua alta solubilidade em água, além de seu baixo peso molecular, o etanol cai rapidamente na corrente sanguínea, de onde é distribuído para a maioria dos órgãos e sistemas. É absorvido rapidamente, por difusão simples, pelas membranas mucosas da boca e do esôfago (em pequenas quantidades), do estômago e do intestino grosso (em quantidades moderadas) e pela porção proximal do intestino delgado, local principal de sua absorção, e também onde as vitaminas do complexo B são essencialmente absorvidas. Distribui-se pela água corporal, sem se associar a proteínas plasmáticas (REIS & COPLE, 2003; EDWARDS et al., 1999).

A concentração máxima no sangue é atingida após 30 a 90 minutos do consumo. A taxa de absorção é aumentada quando o esvaziamento gástrico está acelerado, como na ausência de proteínas, gorduras ou carboidratos, que interferem na absorção, além de outros produtos oriundos da fermentação do álcool, na diluição de uma porcentagem moderada de etanol e na presença de gás carbônico (EDWARDS *et al.*, 1999).

Após a ingestão, o álcool sofre a primeira passagem de metabolismo no estômago, pela enzima álcool-desidrogenase, produzindo acetaldeídos, rapidamente destruídos pela enzima aldeído-desidrogenase no citosol e na mitocôndria dos hepatócitos (EDWARDS et al., 1993). Entre 90 e 98% do álcool ingerido difunde-se pela circulação portal até ser metabolizado no fígado, principal sítio de oxidação, antes de atingir a circulação periférica. Os cerca de 2 a 10% do etanol restantes são excretados pelos pulmões, pela urina ou pelo suor (EDWARDS et al., 1999).

O álcool é uma substância depressora do sistema nervoso central, e provoca uma desorganização geral da transmissão dos impulsos nervosos nas membranas. O efeito depressor está especialmente relacionado à sua afinidade por receptores GABA-A. Este receptor está presente em mais de 20% dos neurônios cerebrais e é responsável pela inibição sináptica mediada pelo neurotransmissor GABA, ou ácido γ -aminobutírico, o principal neurotransmissor inibitório do SNC (KOOB, 2004).

Esta interação do álcool com receptores GABA-A pode ilustrar os efeitos ansiolíticos observados. Inicialmente, ao ser administrado, ou quando utilizado em baixas doses, o álcool promove desinibição comportamental. Doses elevadas ou continuidade na administração do álcool leva, ao contrário, a depressão do SNC, evidenciado por sonolência, ataxia e hiporreflexia (GILPIN & KOOB, 2008).

Por outro lado, o etanol reduz a atividade do receptor de glutamato N-metil-D-aspartato (NMDA), e inibe a produção do segundo mensageiro, mediado pelo receptor, alterando o funcionamento de uma das principais vias excitatórias do sistema nervoso central (SCHUCKIT, 2005). Com o uso crônico de etanol ocorre um aumento dos sítios de ligação do glutamato nos receptores NMDA, um “up-regulation” destes receptores, explicando a hiperatividade glutamatérgica que ocorre na síndrome de abstinência alcoólica (VASCONCELOS, 2001).

Desta feita, estes receptores estariam na gênese de dependência física ao álcool, já que, uma vez retirado o etanol, as vias glutaminérgicas produzem superexcitação do sistema nervoso central, gerando, entre outros sintomas, convulsões, ansiedade e até *delirium tremens*. Também é postulado que esse receptor estaria envolvido em processos de aprendizagem e memória e no fenômeno da tolerância ao álcool (FERREIRA & MORATO, 1997).

A administração crônica de etanol leva a um aumento compensatório da densidade dos canais de cálcio, de forma similar ao que ocorre com os receptores NMDA. Uma vez que tais mudanças persistem no período de abstinência, com um aumento generalizado da atividade elétrica neste período, os canais de cálcio dependentes de voltagem também parecem ter uma importante contribuição para os sintomas da Síndrome de Abstinência do Álcool (LONGO et al, 2002).

A ação do álcool como agonista de receptores opióides parece ser o principal responsável pelo reforço positivo dessa droga. Isto é evidenciado pelo fato de que antagonistas opióides, como a naltrexona, suprimem a necessidade de consumo ou reduzem a fissura pelo álcool (ROBERTS *et al*, 2000), abonando o uso, por exemplo, da naltrexona no tratamento do alcoolismo em seres humanos, ao atuar na redução do seu consumo. A ação do álcool sobre este sistema neurotransmissor estaria mais ligada aos mecanismos de dependência, fissura e sinais de abstinência, que também são acompanhados por alterações de comportamento relacionadas com agitação, agressividade ou depressão (GILPIN & KOOB, 2008).

Ainda que aparentemente o sistema serotoninérgico pareça não sofrer efeito direto do álcool, há um crescente interesse sobre esse sistema neurotransmissor devido à ligação bem estabelecida entre a depleção de serotonina, impulsividade e comportamento alcoolista em ratos e em seres humanos (VIRKKUNEN & LINNOILA, 1990).

O álcool também ativa o disparo neuronal dopaminérgico na área tegmental ventral do mesencéfalo e também a liberação de dopamina no núcleo accumbens – estruturas que fazem parte da via mesolímbica, essencial para os efeitos de recompensa cerebral do álcool. As ações do álcool sobre o sistema dopaminérgico ativam indiretamente vias serotoninérgicas, que podem ser atenuadas por antagonistas do receptor 5-HT3 (ZALESKI *et al.*, 2004).

3.6. ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS DOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO ÁLCOOL

Embora os problemas relacionados ao uso do álcool datem da Antiguidade, os tratamentos especializados só apareceram muito mais tarde, a partir do século XIX. Foram eles em geral dirigidos a casos crônicos e graves, com ênfase no modelo médico. As intervenções mais antigas eram religiosas, ritualísticas ou com encaminhamento para os antigos e punitivos asilos de pacientes “inebriados” (HUNT, 1993).

O tratamento da dependência química é um assunto relativamente novo. Não faz dois séculos, o beber excessivo do Reino Unido era punido com exposição em praça pública e publicação dos nomes nos principais jornais da cidade (MILLER & HESTER,

1995). Até meados do século XX, o termo dependência enfatizava mais as complicações clínicas do consumo do que o comportamento em si (CROWLEY, 1999).

Apenas a partir da segunda metade do século XX, o conceito de dependência deixou ser considerado um desvio de caráter ou um conjunto de sinais e sintomas físicos, para ganhar características de transtorno mental (GRANT, 1999). Além disso, ao entender o consumo de álcool e drogas como um padrão de comportamento cuja gravidade varia ao longo de um *continuum*, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais, surgiu a necessidade de organizar serviços que atendessem aos usuários em seus diferentes estágios e considerassem também sua reabilitação psicossocial e qualidade de vida (OPAS & CICAD, 2000).

Desse modo, serviços de atendimento foram sendo criados ou adaptados para o tratamento dos diferentes estágios da dependência química: ambulatórios, centros de convivência, internações breves e longas, hospitais-dia, moradias assistidas, acompanhamento terapêutico, agentes multiplicadores, dentre outros. Para ampliar ainda mais a rede de atendimento, surgiu a necessidade de sensibilizar a rede primária de atendimento, visando ao diagnóstico precoce e busca ativa dos usuários para o tratamento (SAMSHA, 2000).

O delineamento de opções terapêuticas para o tratamento da dependência química – incluindo os problemas relacionados ao álcool - enfrentam várias limitações, tais como heterogeneidade dos perfis dos dependentes, diversidade das substâncias consumidas, custos econômicos, dificuldades com recursos humanos, e dificuldades de materiais especializados. Os fatores críticos na abstinência das adições não estariam relacionados à maturação, ao tratamento ou mesmo ao ajustamento pessoal, mas, sim, à severidade da adição e ao tipo de experiência curativa disponível ao adicto (VAILLANT, 1997).

O tratamento da dependência alcoólica envolve intervenções em vários níveis, já que a doença é bastante complexa, seja na etiologia ou nas implicações sociais, profissionais e familiares. Como o uso do álcool é capaz de produzir consequências físicas, intelectuais, psicológicas e sociais para o dependente, os programas de terapia deveriam ser multidisciplinares e o tratamento realizado em longo prazo, com o objetivo de conseguir uma abstinência satisfatória.

3.7 O PAPEL DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, além de lhes oferecer atendimento médico e psicológico. Tem como característica principal a busca para integra-los a um ambiente social e cultural concreto, o espaço da cidade onde acontece o cotidiano de usuários e familiares, denominado como sendo “seu território”.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social do usuário, por meio do acesso a várias atividades e pelo estreitamento de laços familiares e comunitários. Cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dele, e que, de acordo com suas necessidades, proponha atividades no serviço de saúde (BRASIL, 2004).

Entre essas estratégias, está a implantação do Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad) em cidades com mais de 100 mil habitantes, com a finalidade de disponibilizar tratamento a pacientes que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, por meio de uma proposta baseada em serviços comunitários e apoiada por leitos psiquiátricos em hospital geral de acordo com as necessidades dos pacientes (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a prioridade da política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas tem sido a criação de CAPSad. Por sua característica de serviço aberto e comunitário, o CAPSad pode oferecer programas terapêuticos de menor nível de exigência, portanto disponíveis a mais pessoas da comunidade. As modalidades de cuidados para álcool e drogas nas unidades obedeceriam a uma lógica de redução de danos.

3.8 A MOTIVAÇÃO: INSTRUMENTO DE MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTOS

As intervenções que visam ao incremento da eficácia terapêutica são extremamente valiosas. Entre as possíveis variáveis que podem estar relacionadas a essa eficácia, a motivação dos pacientes para se manter em tratamento pode se tornar uma das mais significativas (DECI et al, 1985), uma característica central na modificação de comportamentos de dependência.

A palavra motivação deriva da raiz latina “movere”, pode ser interpretada como “deslocar”, “fazer mudar de lugar”, ou o que move uma pessoa, ou que a põe em ação, ou mesmo a faz mudar de curso ao realizar certas atitudes (WADE et al, 1992).

A partir deste preceito, Willian Miller (1985) define “motivação” como “a probabilidade de uma pessoa ingressar, manter e aderir a um processo específico de mudança de comportamento”. A motivação seria um processo dinâmico, que sofre oscilações ao longo de um processo terapêutico, nas diversas fases relacionadas a modificação no comportamento do dependente, desde o reconhecimento da existência do problema até a manutenção do compromisso com a mudança de conduta.

O que parece predizer mudança é a aderência da pessoa ao conselho ou plano estabelecido com o terapeuta. Dessa forma, o termo motivação se torna mais específico e pragmático: se motivação é vista como o grau de compromisso ou aderência com o tratamento, esta pode ser encarada como a probabilidade de certos comportamentos ocorrerem e serem passíveis de serem incrementados. Neste sentido, a visão de motivação se toma mais prática e otimista do que encará-la ou como um traço de personalidade ou mesmo como um momento interno. (MILLER et al, 1991).

As características dos pacientes em relação à sua prontidão para o tratamento devem ser consideradas como parte fundamental no início de qualquer intervenção terapêutica, já que os pacientes mais motivados tendem a apresentar melhores resultados (MCKAY et al, 2001). Tal prontidão não é definida somente como uma localização em um estágio de mudança ou outro, mas também indica vontade de se inserir em um processo pessoal, ou de adotar um novo comportamento. Segundo DiClemente, Schlundt & Gemmell (2004), existiriam dois aspectos distintos relacionados a esta prontidão: a prontidão para a mudança e a prontidão para tratamento.

A prontidão para mudança pode ser conceituada como uma conexão entre a conscientização da pessoa em relação ao seu problema e a confiança em suas habilidades para mudar (fortalecimento da auto eficácia), e estaria associada aos acontecimentos que ocorrem em cada estágio motivacional, os quais sugerem aos profissionais da área da saúde possíveis projetos de intervenção. Já a prontidão para tratamento focaliza a motivação para buscar auxílio e para iniciar, conservar e terminar um tratamento. O entendimento desta diferenciação é importante para se entender, por exemplo, como um usuário de substância psicoativa pode procurar um tratamento e iniciá-lo, e recair no uso se naquele momento não estiver realmente pronto para permanecer em abstinência (DICLEMENTE et al, 2004).

3.9 O MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, construído por James Prochaska em 1979, descreve a prontidão para a mudança a partir de estágios motivacionais pelos quais o indivíduo transita. Este modelo se baseia na premissa de que a mudança comportamental é um processo, e as pessoas teriam níveis diversos de motivação e de prontidão para mudar (CALHEIROS, ANDRETTA & OLIVEIRA, 2006).

O Modelo Transteórico foca a mudança intencional, ou seja, a tomada de decisão do indivíduo, ao contrário de outras abordagens, que se concentram nas influências sociais ou biológicas do comportamento (SZUPSZYNSKI & OLIVEIRA, 2008).

Os autores destacam cinco estágios bem definidos, confiáveis e relacionados entre si: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (PROCHASKA *et al*, 1982). Estes estágios são flexíveis, e a mudança comportamental se tornaria um processo em que as pessoas teriam níveis diversos de prontidão para mudar (OLIVEIRA, JAEGER e SCHREINER, 2003).

A “pré-contemplação” é um estágio em que não haveria intenção de mudança, por não haver percepção dos prejuízos associados ao comportamento (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1999). Dessa forma, os pré-contempladores dificilmente procuram ajuda para iniciar seu processo de mudança e, quando o fazem, geralmente são impelidos por motivos externos como, por exemplo, encaminhamento pela família, trabalho ou

intimação judicial (ANDRETTA, 2005). Os pré-contempladores tendem a perceber mais as consequências positivas do que negativas em seu comportamento, acreditando que este está sob seu controle e que é administrável (CONNORS, 2001).

A “contemplação” se dá quando há crítica quanto à existência do problema, mas ainda não foi iniciado nenhum tipo de ação, devido à ambivalência; a consideração da possibilidade de mudança ocorre, e os indivíduos refletem sobre as implicações que seu comportamento traz para si e para os que estão a sua volta. Os contempladores parecem se debater entre as avaliações positivas do comportamento e o montante de esforços, energias e perdas que lhes demandará a superação do problema (DICLEMENTE, 1991). O sujeito pensa em mudança, mas ainda não se sente preparado para agir (BECK, WRIGHT, NEWMAN & LIESE, 1993).

Uma vez trabalhada a ambivalência, a pessoa pode passar para o estágio de “Preparação”, na qual ela estaria pronta para mudar e compromissada com a mudança. Neste momento, deve-se estimular o indivíduo a aumentar a responsabilidade e elaborar um plano específico de ação; há uma decisão de mudar, porém nenhuma ação ainda é empreendida (OLIVEIRA, 2000). A pessoa assume não só um compromisso interno, mas também externo, envolvendo-se ainda mais com o processo de mudança.

No estágio de ação, o sujeito está decidido a mudar e já toma atitudes para sua mudança; a marca deste estágio é a modificação do comportamento-alvo mediante esforços para a mudança (PROCHASKA, DICLEMENTE & NORCROSS, 1994). O sujeito avança para alterações consistentes, com ideias mais determinadas. Neste estágio, ocorrem mudanças bem estruturadas e existem evidências de um esforço real nesse sentido (MILLER & ROLLNICK, 1991).

No estágio de manutenção, é trabalhada a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a ação (PROCHASKA et al, 1982; MILLER et al, 2001). Deve-se, ademais, estabilizar os resultados obtidos nas etapas anteriores. Estar apto a permanecer livre de condutas adictivas é um desafio real em todos os comportamentos de risco (VELICER & COLS, 1998). Existe um processo ativo de mudança, e um esforço para não regressar aos padrões comportamentais indesejados (YOSHIDA, 2002). Não deve ser encarada como um estágio estático, de imobilidade, e sim um estágio dinâmico, como a continuação do novo comportamento para a mudança que pode demorar algum

tempo para se estabelecer (JUNGERMAN & LARANJEIRA, 1999). O estágio de manutenção pode e deve ser estimulado por toda a vida.

A recaída, ou volta ao padrão de consumo anterior, faz parte do processo de mudança, e muitas vezes é o modo como a pessoa aprende e recomeça o tratamento de forma mais consciente (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1999). Pode ser percebida como uma tentativa de parar ou diminuir o uso da substância psicoativa, ou apenas “o fracasso de atingir objetivos estabelecidos por um indivíduo a pós um período definido de tempo” (MARLAT & GORDON, 1985). Para Miller & Rollnick (2001), o processo de recaída seria algo previsto quando se busca uma mudança de comportamento por um longo prazo.

Neste contexto, a motivação é útil para identificar os diferentes fatores que podem ser apropriados aos diferentes estágios de mudança e servir de orientação importante para o terapeuta (FIGLIE, 1999). Por exemplo, pacientes em estágio de pré-contemplação deveriam ser ajudados a reconhecer e desenvolver consciência de seus problemas em vez de serem diretamente guiados para a abstinência. Os pacientes no estágio da contemplação mostram-se abertos as intervenções que aumentam a consciência (métodos educacionais e auto monitoramento), mas são resistentes as orientações diretivas para ação. No estágio de ação, os pacientes necessitam de ajuda prática com procedimentos de mudança (FIGLIE, 1999).

Não é tão difícil interromper o comportamento de uso quanto é manter a abstinência. De acordo com estudo de Prochaska, DiClemente & Norcross (1992) o indivíduo não caminharia nos estágios de forma linear-causal (em que há uma causa, um efeito e conseqüente alteração no comportamento dependente). As mudanças de estágios seriam melhores representadas por uma espiral, em que as pessoas podem progredir ou regredir sem ordenação lógica, como demonstração do dinamismo que envolve os processos motivacionais, já que existe uma evolução na motivação do indivíduo cada vez que ele passa pelos estágios.

4 PERGUNTA CONDUTORA

Quais características clínicas estão relacionadas à prontidão para a mudança de comportamento de pacientes dependentes químicos de álcool em tratamento em CAPS AD?

5 OBJETIVOS

Os objetivos da pesquisa foram divididos em objetivos geral e objetivos específicos, conforme se segue.

5.1 OBJETIVO GERAL:

Identificar as características clínicas relacionadas à motivação para o tratamento da dependência química de álcool em pacientes em acompanhamento regular

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Descrever o perfil dos pacientes dependentes químicos de álcool que realizam tratamento especializado, determinando dados sociais e demográficos;
2. Identificar a dependência química de álcool;
3. Identificar o Estágio de Mudança de Comportamento em pacientes em tratamento;
4. Associar quais características clínicas se relacionam com o maior tempo de tratamento nos CAPS AD em estudo.

6 MÉTODOS

Os métodos empregados neste trabalho, conforme descritos a seguir, buscaram alcançar dados verossímeis para a construção do conhecimento científico, com respeito à intimidade dos indivíduos pesquisados.

6.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo analítico, longitudinal, de acompanhamento de pacientes. O método de amostragem escolhido foi não-probabilístico do tipo intencional, e a pesquisa foi realizada em dois centros de referência especializados no tratamento de dependentes químicos da região em estudo. Pelo estudo das médias anuais de atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial selecionados para a pesquisa, a amostra foi composta por quarenta e um pacientes dependentes químicos de álcool.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em dois centros de referência de tratamento de dependentes químicos de João Pessoa e na região metropolitana, os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: O CAPSad David Capistrano, localizado no bairro do Rangel em João Pessoa/PB, e no CAPSad Primavera, localizado na cidade de Cabedelo/PB.

6.3 POPULAÇÃO ALVO

Inicialmente, foram convidados a participar desta pesquisa todos os pacientes usuários exclusivamente de álcool como substância de abuso, a partir dos dezoito anos de idade, de ambos os sexos, que procuram tratamento nos CAPSad selecionados para o estudo e que concordaram com a participação no estudo. Os critérios de exclusão foram: não ter história atual ou pregressa de uso de outra substância psicoativa de abuso e haver deficiência cognitiva que impeça a compreensão das perguntas questionadas.

6.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa teve início após expressa aprovação do comitê de ética. Os sujeitos, ao serem submetidos à triagem e à construção de projeto terapêutico no CAPS, foram consultados a respeito do seu interesse em participar deste estudo. Os interessados foram informados, pelo pesquisador, dos objetivos e procedimentos da pesquisa, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) [Apêndice A], garantindo-lhes anonimato, sigilo e informando-lhes os procedimentos éticos.

Inicialmente, verificou-se diagnóstico de dependência alcoólica dos sujeitos na primeira consulta para o tratamento pelos critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), feita como rotina do centro de saúde como triagem para aqueles que devem permanecer em tratamento. Em seguida, foi avaliada a intensidade do consumo de álcool através da aplicação de questionário *The Alcohol Use Identification Test* (AUDIT) [Anexo A].

Para aqueles em que a dependência química de álcool seja verificada, foi identificado o estágio de prontidão para a mudança de comportamento em três diferentes fases do tratamento - no início do tratamento, após trinta dias e após três meses de seguimento-, através da escala *The University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) [Anexo B].

A coleta de dados foi realizada individualmente pelos dois pesquisadores responsáveis pela coleta de dados, os médicos Roberto Mendes dos Santos e Ricardo Henrique de Sousa Araújo.

6.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA:

Foram utilizadas:

- 1) Uma ficha de identificação para coleta de dados sócio demográficos, com informações sobre idade, sexo, etnia, estado civil, religião, escolaridade, ocupação atual e renda familiar dos participantes, esta última analisada segundo os itens do Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 202) [Anexo C], além de informações que facilitem o contato com o paciente, mesmo que abandone o tratamento (Apêndice B).

2) *The Alcohol Use Identification Test (AUDIT)*: Trata-se de um questionário com 10 questões que tem por objetivo identificar usuários de álcool com um consumo nocivo ou dependentes desta substância. Foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (Babor & Grant, 1989), com duração de preenchimento aproximada de dois a cinco minutos e escores que vão do 0 ao 40, sendo que a pontuação igual ou superior a 8 indica a necessidade de um diagnóstico mais específico. No Brasil, foi adotada a versão utilizada em estudo pioneiro sobre a prevalência de consumo nocivo ou dependência através do AUDIT em pacientes internados em hospital geral (Figlie et al., 1997). Foi traduzido e validado no Brasil por LIMA et al. (2005) [anexo A].

3) *The University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)*: é um questionário de autopreenchimento, contendo trinta e duas perguntas divididas em quatro sub-escalas, as quais abrangem os seguintes estágios de mudança comportamental: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Desenvolvida por McConaughy & cols. (1983), é uma escala que busca avaliar os estágios motivacionais de indivíduos, e o quanto estão disponíveis para uma mudança em seu comportamento, e investiga os estágios motivacionais de pacientes que procuram tratamento para modificar qualquer tipo de problema comportamental e visa fornecer esta informação para ajudar a guiar as abordagens de tratamento adequadas. No Brasil, estudos de padronização e análise fatorial foram realizados por Figlie (2001) (Anexo B).

O uso de medida válida de motivação para a mudança é fundamental para a compreensão do impacto potencial dessa construção nos resultados do tratamento. Embora tenham sido desenvolvidas várias escalas, a URICA é uma das medidas mais utilizadas de motivação para a mudança (Carey et al., 1999; DiClemente et al, 1999; DiClemente e Hughes, 1990).

6.6 ASPÉCTOS ÉTICOS

O estudo seguiu a orientação da declaração de Helsinki de 1989 e da resolução sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Anterior a qualquer coleta de dados, os pacientes concordaram, de forma voluntária, em participar do estudo, após conhecer os objetivos do mesmo e assinar o TCLE (Apêndice A), aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco

(UFPE), incluindo cópia do mesmo, conforme resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Foram recolhidas cartas de anuência nos dois estabelecimentos de saúde indicados como campos da pesquisa indicando a concordância com a realização desta (Apêndices C e D).

6.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para atingir os objetivos postulados, se fez necessária a aplicação, basicamente, de duas técnicas estatísticas: análise descritiva e exploratória de dados e testes de associação. Essas técnicas são descritas de forma sucinta a seguir.

6.7.1 ANÁLISE DESCRITIVA E EXPLORATÓRIA

A análise descritiva e exploratória de dados é utilizada, de um modo geral, para se extrair resultados preliminares e superficiais de um determinado banco de dados (VIEIRA, 1999). Tais resultados se referem, essencialmente, às construções de tabelas e gráficos. Logo, como o próprio nome já diz, a ideia principal é apenas descrever e explorar os dados, sem nenhuma pretensão de inferir conclusões científicas (MURTEIRA; BLACK, 1983). A Análise Descritiva e Exploratória de Dados se baseia, portanto, na construção de gráficos e tabelas de frequências simples ou cruzadas quando as variáveis de interesse são qualitativas, como, por exemplo, sexo e escolaridade; e se calcula médias, mínimos, máximos e desvios padrão quando as variáveis de interesse são quantitativas, tais como idade, altura, peso, entre outras (BUSSAB & MORETTIN, 2006). Nesta dissertação, os dois tipos de variáveis foram avaliados.

Apesar de ser bastante providencial, a Análise Descritiva e Exploratória não fornece todas as respostas ao pesquisador, sendo necessária, portanto, a aplicação de uma técnica estatística mais sofisticada. As ferramentas estatísticas que desempenham esse papel são os testes de associação.

6.7.2 TESTES DE ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

Em estudos epidemiológicos, é comum o pesquisador desejar saber quais são as características físicas, pessoais, clínicas, sociais, econômicas e ambientes que afetam ou

que estão relacionadas com a ocorrência ou prevalência de determinado fenômeno ou doença. Muitas vezes essa relação de interferência é mensurada a partir de medidas de associação, dentre elas está o teste de associação de qui-quadrado.

O teste de qui-quadrado de associação é muito aplicado em várias áreas de conhecimento, especialmente na área médica. Apesar de ser considerado como um procedimento não-paramétrico, ou seja, uma técnica estatística que não depende da especificação de qualquer estrutura de probabilidade em relação aos dados, o teste de qui-quadrado tem como um dos seus principais “entraves” as exigências em relação às frequências observadas e esperadas das células que compõem a tabela de contingência que é utilizada para a construção do teste de associação, entre elas estão: a tabela não deve conter frequências observadas nulas; mais de 80% de todas as frequências observadas da tabela devem ser maiores que 5; as frequências esperadas para a tabela devem ser maiores que 5.

Para estudos de grande porte, em que as amostras examinadas são superiores a 200, 300 ou 500 registros, a chance de ocorrer violação de qualquer das condições acima é muito pequena. No entanto, para experimentos científicos mais simples e realistas, em que as amostras são pequenas ou para os quais as amostras obtidas para o estudo de grupos específicos são reduzidas, com muita frequência encontram-se situações nas quais os testes de qui-quadrados apresentaram resultados significativos, mas, infelizmente, o pesquisador não poderá utilizá-los porque uma ou mais condições de validade e aplicabilidade do teste não foram atendidas.

Para essas situações é necessário se buscar procedimentos alternativos que não exijam tantas condições de aplicabilidade. Um desses procedimentos é o Teste Exato de Fisher, discutido a seguir.

6.7.3 TESTE EXATO DE FISHER

O teste de significância de Fisher é utilizado para analisar tabelas de contingência. Apesar de sendo empregado na prática para o estudo de pequenas amostras ($n < 20$), o teste exato de Fisher é válido para todos os tamanhos de amostras. O teste é dito ser “exato” porque os cálculos das probabilidades, provenientes das tabelas de contingências,

são realizados a partir de suas distribuições exatas e, portanto, não dependendo de aproximações para distribuições de probabilidade quando o tamanho da amostra cresce para o infinito, ou seja, quando é muito grande (FISHER, 1934).

O teste é, portanto, útil para examinar a significância de associação em tabelas de contingência do tipo 2×2 (duas linha e duas colunas), independentemente se as suas frequências observadas e/ou esperadas são menores que 5 ou se a amostra é pequena, que representam justamente os “entraves” exigidos pelo teste de qui-quadrado (FISHER, 1935a).

Por outro lado, no início comentava-se que uma limitação do teste exato de Fisher era a sua aplicação somente de tabelas de contingência do tipo 2×2 . Freeman e Halton (1951) propuseram, então, uma generalização do teste exato de Fisher, no sentido de expandir a sua aplicação para tabelas de contingência do tipo $R \times C$ (R linhas e C colunas). O princípio do teste de Freeman-Halton, ou também chamado de Teste de Fisher Generalizado, é o mesmo do teste exato de Fisher, em que os totais marginais da tabela de contingência observada são considerados fixos e todas as subtabelas com contagens (frequências) iguais ou mais extremas que as da tabela original são consideradas na composição do Valor-p (significância) do teste.

Com essa versão generalizada do teste exato de Fisher, os testes associação de qui-quadrado que foram inviabilizados devido às violações de suas condições de aplicabilidade podem, agora, serem refeitos a partir do teste exato de Fisher generalizado, que não tem restrições e, além disso, é baseado em uma distribuição de probabilidade exata.

7 RESULTADOS

Os resultados apresentados nesse relatório referem-se aos registros finais dos dados coletados na pesquisa de campo. Então, com o intuito de deixar a interpretação dos resultados mais objetiva e direta, resolveu-se subdividir a análise dos dados em seções, cujas discussões serão apresentadas a seguir.

7.1 PERFIL DO DEPENDENTE ALCOÓLICO

De acordo com a TABELA 1, de um modo geral, a idade média dos pacientes é de aproximadamente 44 anos ($\pm 9,9$ anos) com baixa escolaridade ($8,10 \pm 3,99$), das classes econômicas C1 e C2 (53,66%) e com cerca de 24 anos ($\pm 10,65$ anos) de uso de álcool. Além disso, observa-se que 80,49% dos indivíduos são homens; se declararam de cor parda (65,85%); sem relação marital (70,73%); católicos (56,10%); em geral, autônomos em suas profissões (34,15%), contudo existiu importante parcela de desempregados (39,02%), e com dependência do álcool presente (escore médio AUDIT: $32,73 \pm 4,44$).

Em relação ao estágio motivacional, a maioria dos pacientes (53,66%) encontra-se em um estado de pré-contemplação, no qual os indivíduos não desejam ou não enxergam a mudança como algo necessário.

Se forem avaliados os perfis dos pacientes de cada um dos centros de atendimento investigados nessa pesquisa, conforme retrata novamente a TABELA 1, comprovar-se-á que as características gerais (sexo, anos de estudo, cor, relação marital, etc.) são proporcionalmente semelhantes. Os gráficos da FIGURA 1 ilustram essa discussão.

TABELA 1: Perfil do dependente de álcool por unidade de acolhimento.

Perfil	CAPS AD				Total (n=41)	
	David Capistrano (n=27)		Primavera (n=14)		Freq.	%
	Freq.	%	Freq.	%		
Sexo						
Masculino	20	74,07	13	92,86	33	80,49
Feminino	7	25,93	1	7,14	8	19,51
Idade (média ± dp)	44,04 ± 9,96		45,00 ± 10,14		44,37 ± 9,90	
Faixa etária						
Menos de 40	8	29,63	5	35,71	13	31,71
Entre 40 e 50	12	44,44	4	28,57	16	39,02
70 ou +	7	25,93	5	35,71	12	29,27
Cor						
Branco	6	22,22	6	42,86	12	29,27
Pardo	20	74,07	7	50,00	27	65,85
Negro	1	3,70	1	7,14	2	4,88
Estado civil						
Sem relação marital	21	77,78	8	57,14	29	70,73
Com relação marital	6	22,22	6	42,86	12	29,27
Anos de estudo (média ± dp)	7,93 ± 3,66		8,43 ± 4,69		8,10 ± 3,99	
Anos de estudo						
Até 5	6	22,22	4	28,57	10	24,39
Entre 5 e 10	14	51,85	2	14,29	16	39,02
Mais de 10	7	25,93	8	57,14	15	36,59
Classe socioeconômica						
A2	1	3,70	0	0,00	1	2,44
B2	3	11,11	1	7,14	4	9,76
C1	8	29,63	3	21,43	11	26,83
C2	6	22,22	5	35,71	11	26,83
D	4	14,81	2	14,29	6	14,63
E	5	18,52	3	21,43	8	19,51

Religião

Nenhuma	4	14,81	0	0,00	4	9,76
Católico	17	62,96	6	42,86	23	56,10
Protestante	6	22,22	8	57,14	14	34,15

Moradia

Cabedelo	0	0,00	14	100,00	14	34,15
João Pessoa	27	100,00	0	0,00	27	65,85

Tipo de trabalho

Desempregado	12	44,44	4	28,57	16	39,02
Assalariado	4	14,81	4	28,57	8	19,51
Autônomo	10	37,04	4	28,57	14	34,15
Aposentado	1	3,70	2	14,29	3	7,32

Anos de uso (média \pm dp) 23,56 \pm 10,79 25,86 \pm 10,60 24,34 \pm 10,65

Anos de uso

Menos de 15	5	18,52	2	14,29	7	17,07
Entre 15 e 30	15	55,56	8	57,14	23	56,10
Mais de 30	7	25,93	4	28,57	11	26,83

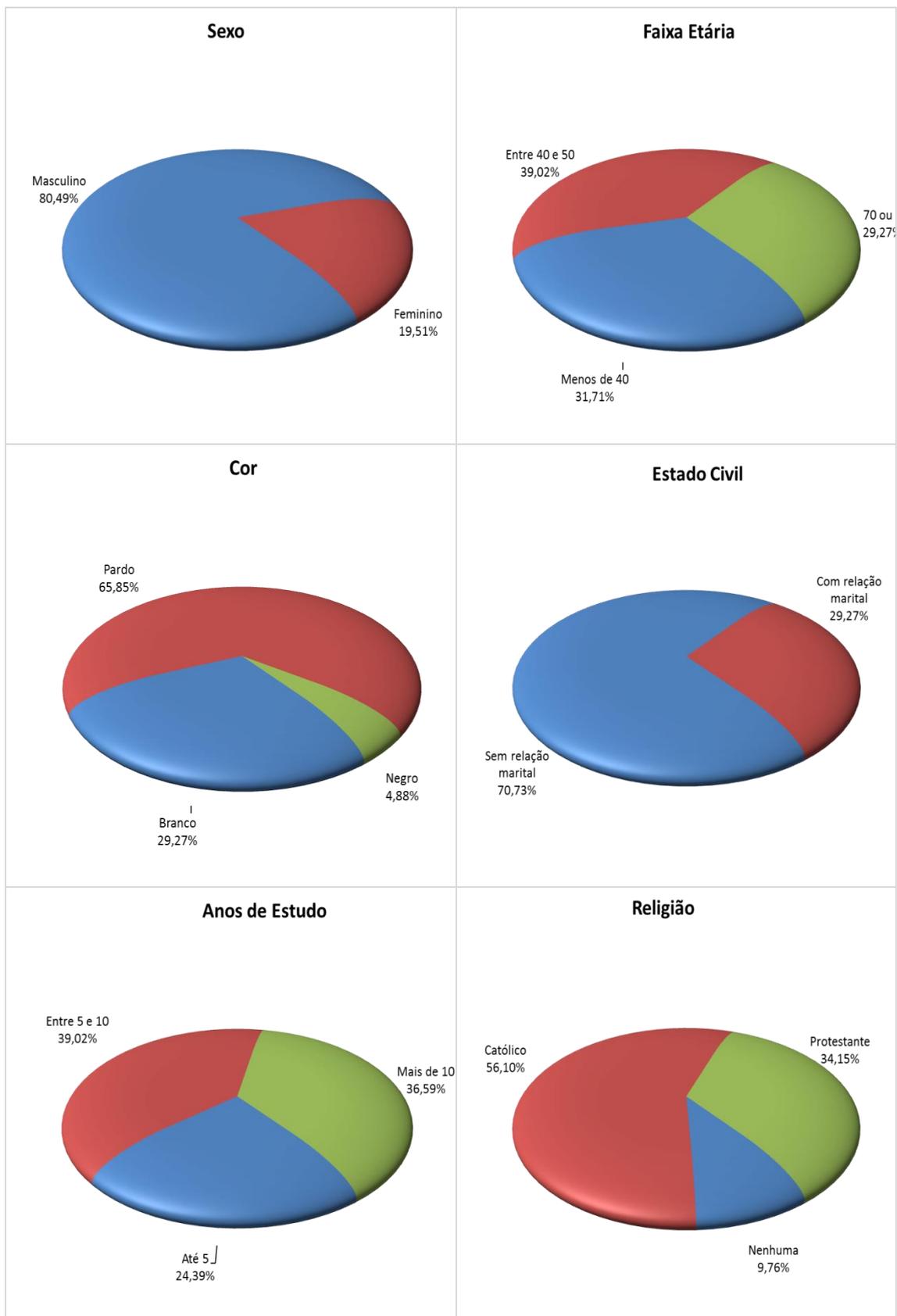
Score AUDIT (média \pm dp) 32,48 \pm 3,78 33,21 \pm 5,63 32,73 \pm 4,44

Grau de dependência

Provável dependência	27	100,00	14	100,00	41	100,00
----------------------	----	--------	----	--------	----	--------

Estágio motivacional

Pré-contemplação	15	55,56	7	50,00	22	53,66
Contemplação	4	14,81	0	0,00	4	9,76
Ação	6	22,22	5	35,71	11	26,83
Manutenção	2	7,41	2	14,29	4	9,76



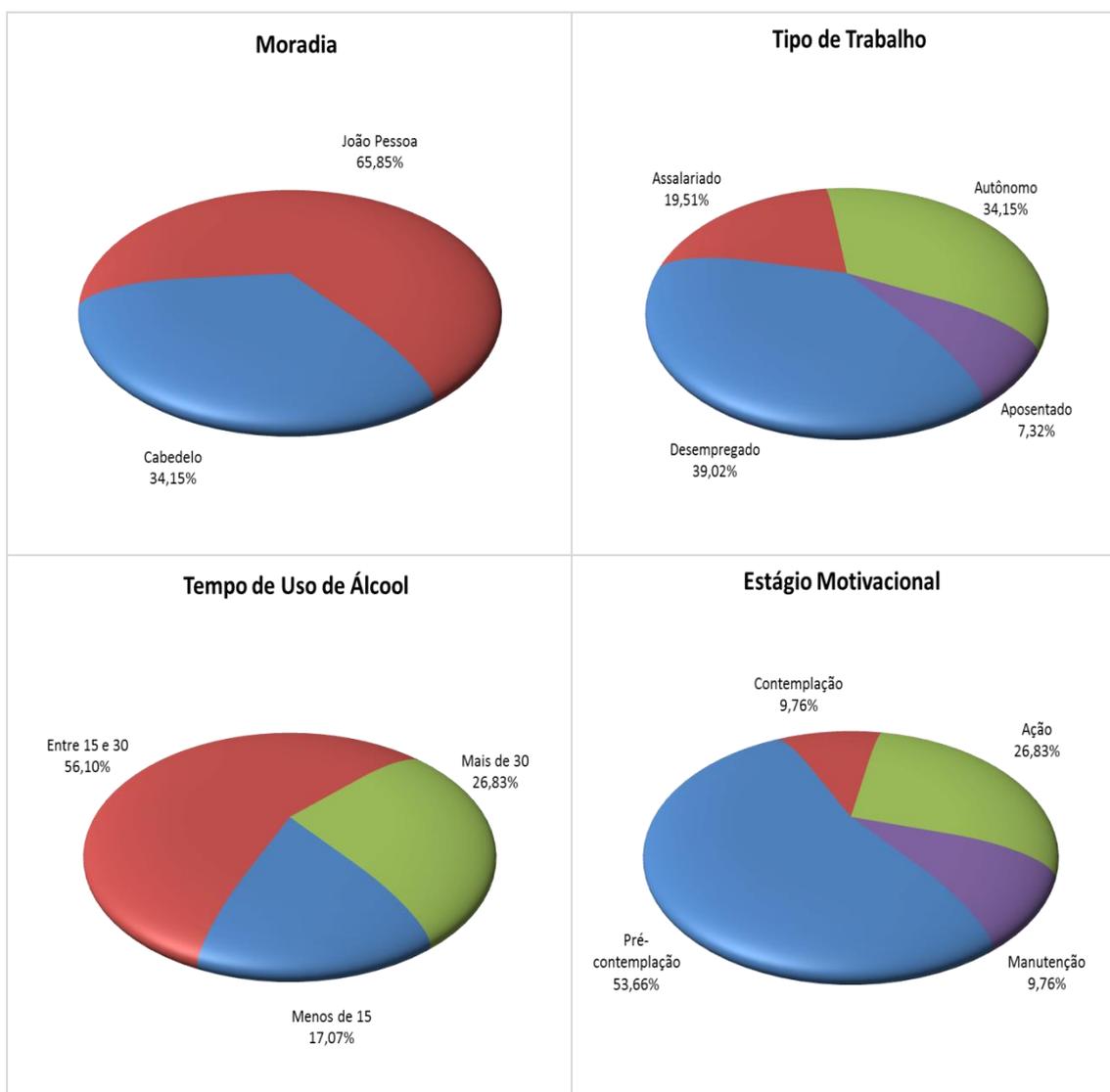


FIGURA 1: Perfil dos pacientes investigados no estudo

A TABELA 2 traz as principais características sociodemográficas dos indivíduos em relação ao atual estágio motivacional, além dos testes de associação por meio da estatística exata de Fisher (generalizada).

Pode-se afirmar inicialmente que a predisposição às mudanças (estágio motivacional) não está associada (observe os valores-p superiores a 0,05) às características de sexo, idade (faixa etária), cor, estado civil, anos de estudo ou anos de uso de álcool.

Por outro lado, mesmo não se constatando associações significativas, é importante analisar a TABELA 2 sob o ponto de vista descritivo. Assim, nota-se que, independentemente do grau de motivação, a maioria dos indivíduos são homens, pardos e sem relação marital.

Para os pacientes em um estágio de pré-contemplação, a maioria tem entre 40 e 50 anos (40,91%), com baixa escolaridade (5 a 10 anos de estudo) e com 15 a 30 anos de convivência com o álcool (50,00%).

Para os pacientes em estágio de contemplação, 75% deles têm menos de 40 anos, metade tendo baixa instrução (5 a 10 anos de estudo) e a outra metade com mais de 10 anos de estudo; e com 15 a 30 anos de convivência com o álcool (50,00%).

Já para os indivíduos em estágio motivacional de ação, nota-se que mais de 90% têm 40 anos ou mais com mais de 10 anos de estudo (4,545%), embora uma boa parcela (45,45%) tenha mais de 30 anos de uso de álcool.

Por fim, o conjunto característico dos pacientes em estágio motivacional de manutenção revela que 75% deles têm menos de 40 anos, metade tendo baixíssima instrução (até 5 anos de estudo) e a outra metade com mais de 10 anos de estudo. Além disso, constata-se que todos os pacientes nesse estágio convivem com o álcool entre 15 e 30 anos.

TABELA 2: Relação entre o perfil do dependente de álcool no momento da internação com o seu estágio motivacional.

Perfil	Estágio Motivacional								Teste de Associação	
	Pré-contemplação (n=22)		Contemplação (n=4)		Ação (n=11)		Manutenção (n=4)			
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%		
Sexo										
Masculino	17	77,27	2	50,00	11	100,00	3	75,00	p ⁽¹⁾ = 0,1067	
Feminino	5	22,73	2	50,00	0	0,00	1	25,00		
Faixa etária										
Menos de 40	6	27,27	3	75,00	1	9,09	3	75,00	p ⁽¹⁾ = 0,1242	
Entre 40 e 50	9	40,91	1	25,00	5	45,45	1	25,00		
70 ou +	7	31,82	0	0,00	5	45,45	0	0,00		

Cor										
	Branco	6	27,27	2	50,00	3	27,27	1	25,00	$p^{(1)} = 0,9163$
	Pardo	14	63,64	2	50,00	8	72,73	3	75,00	
	Negro	2	9,09	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Estado civil										
	Sem relação marital	16	72,73	3	75,00	7	63,64	3	75,00	$p^{(1)} = 0,9430$
	Com relação marital	6	27,27	1	25,00	4	36,36	1	25,00	
Anos de estudo										
	Até 5	5	22,73	0	0,00	3	27,27	2	50,00	$p^{(1)} = 0,4096$
	Entre 5 e 10	11	50,00	2	50,00	3	27,27	0	0,00	
	Mais de 10	6	27,27	2	50,00	5	45,45	2	50,00	
Anos de uso (média ± dp)		22,32 ± 11,18		18,75 ± 12,74		31,00 ± 8,16		22,75 ± 3,78		$p^{(2)} = 0,0932$
Anos de uso										
	Menos de 15	6	27,27	1	25,00	0	0,00	0	0,00	$p^{(1)} = 0,2322$
	Entre 15 e 30	11	50,00	2	50,00	6	54,55	4	100,00	
	Mais de 30	5	22,73	1	25,00	5	45,45	0	0,00	
Escore AUDIT (média ± dp)		31,95 ± 4,72		34,00 ± 2,71		34,09 ± 4,04		32,00 ± 5,60		$p^{(2)} = 0,5595$

⁽¹⁾ Teste exato de Fisher

⁽²⁾ Teste F (ANOVA) para comparação de médias

Como uma tentativa descobrir alguma associação significativa entre o perfil dos pacientes e o grau motivacional, resolveu-se reconstruir a TABELA 2 agrupando os estágios de pré-contemplação e contemplação em uma classe e os estágios de ação e manutenção em outra classe. Com essa nova estratégia, conforme mostra a TABELA 3, foi constatada uma diferença estatisticamente significativa (observe o seu respectivo valor-p inferior a 0,05) apenas entre os tempos médios dos anos de uso de álcool.

TABELA 3: Relação entre o perfil do dependente de drogas no momento da admissão com o seu estágio motivacional (agrupado).

Perfil	Estágio Motivacional				Teste de Associação
	Pré-contemplação/contemplação (n=26)		Ação/manutenção (n=15)		
	Freq.	%	Freq.	%	
Sexo					
Masculino	19	73,08	14	93,33	p ⁽¹⁾ = 0,1067
Feminino	7	26,92	1	6,67	
Faixa etária					
Menos de 40	9	34,62	4	26,67	p ⁽¹⁾ = 0,1242
Entre 40 e 50	10	38,46	6	40,00	
70 ou +	7	26,92	5	33,33	
Cor					
Branco	8	30,77	4	26,67	p ⁽¹⁾ = 0,9163
Pardo	16	61,54	11	73,33	
Negro	2	7,69	0	0,00	
Estado civil					
Sem relação marital	19	73,08	10	66,67	p ⁽²⁾ = 0,9430
Com relação marital	7	26,92	5	33,33	
Anos de estudo					
Até 5	5	19,23	5	33,33	p ⁽¹⁾ = 0,4096
Entre 5 e 10	13	50,00	3	20,00	
Mais de 10	8	30,77	7	46,67	
		21,77 ± 11,24		28,80 ± 8,06	p ⁽³⁾ = 0,0401
Anos de uso (média ± dp)					
Anos de uso					
Menos de 15	7	26,92	0	0,00	p ⁽¹⁾ = 0,2322
Entre 15 e 30	13	50,00	10	66,67	
Mais de 30	6	23,08	5	33,33	
Score AUDIT (média ± dp)		32,27 ± 4,49		33,53 ± 4,39	p ⁽³⁾ = 0,3865

⁽¹⁾ Teste exato de Fisher

⁽²⁾ Teste de qui-quadrado

⁽³⁾ Teste t para comparação de médias

7.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL MOTIVACIONAL DOS PACIENTES

Para compor o mapeamento foi sugerida a construção de uma tabela (TABELA 4), que decompõe, de maneira hierárquica, os casos (e a prevalência) avaliados no levantamento de campo e considerando a fase de admissão (fase 1) do estudo.

Ao todo foram realizadas 41 avaliações nos indivíduos (fase de admissão) em relação à classificação de seus estágios motivacionais; e como forma de facilitar as interpretações, foi construído, na FIGURA 2, o mapeamento do perfil dos padrões motivacionais dos pacientes segundo as características de sexo, idade e tempo de uso de álcool.

Assim, como revela a FIGURA 2, do total de avaliações, 53,66% foram diagnosticados no estágio de pré-contemplação; 9,76% no estágio de contemplação; 26,83% no estágio de ação; e 9,76% diagnosticados no estágio de manutenção.

Um detalhe óbvio, mas importante, observado foi o fato de que, independentemente do estágio motivacional, e, em geral, ocorrendo com os homens, o tempo de uso de álcool é diretamente proporcional à idade do paciente, ou seja, quanto mais velho for o indivíduo maior é o tempo de contato com a bebida.

Sendo mais específico, entre as avaliações que resultaram em um diagnóstico de pré-contemplação, 77,27% são homens com tempo de uso de bebida alcoólica proporcional à idade; dos diagnósticos que resultaram em contemplação, metade são mulheres, todas com idades de até 25 anos e com até 25 anos de convivência com o álcool; já dos diagnósticos que resultaram em um estágio de ação, todos são homens, em sua maioria, com idades superiores a 45 anos (63,64%), tendo todos mais de 25 anos de uso de bebida de alcoólica; por fim, das 4 avaliações que resultaram em um diagnóstico de manutenção, 25% são mulheres, todas com idades de até 45 anos e com até 25 anos de consumo de álcool.

TABELA 4: Mapeamento da prevalência do perfil motivacional dos pacientes no momento da internação, segundo o sexo, idade e tempo de uso de álcool.

Estágio motivacional	Sexo	Idade	Tempo de uso de álcool	Casos	Prevalência (%)			
Pré-contemplação	Masculino	≤ 45 anos	≤ 25 anos	8	72,73			
			> 25 anos	3	27,27			
			Total - Tempo uso	11	100,00			
		Total - "≤ 45 anos"			11	64,71		
		> 45 anos	≤ 25 anos	2	33,33			
			> 25 anos	4	66,67			
			Total - Tempo uso	6	100,00			
		Total - "> 45 anos"			6	35,29		
		Total - Idade			17	100,00		
		Total - Masculino			17	77,27		
		Pré-contemplação	Feminino	≤ 45 anos	≤ 25 anos	2	100,00	
					Total - Tempo uso	2	100,00	
				Total - "≤ 45 anos"			2	40,00
				> 45 anos	≤ 25 anos	2	66,67	
> 25 anos	1				33,33			
Total - Tempo uso	3				100,00			
Total - "> 45 anos"				3	60,00			
Total - Idade				5	100,00			
Total - Feminino				5	22,73			
Total - Sexo				22	100,00			
Total - Pré-contemplação				22	53,66			
Contemplação	Masculino			≤ 45 anos	≤ 25 anos	1	50,00	
					> 25 anos	1	50,00	
					Total - Tempo uso	2	100,00	
		Total - "≤ 45 anos"			2	100,00		
		Total - Idade			2	100,00		
Total - Masculino			2	50,00				

		≤ 25 anos	2	100,00
	≤ 45 anos	Total - Tempo uso	2	100,00
	Feminino	Total - " ≤ 45 anos"	2	100,00
		Total - Idade	2	100,00
		Total - Feminino	2	50,00
		Total - Sexo	4	100,00
	Total – Contemplação		4	9,76
		≤ 25 anos	4	100,00
	≤ 45 anos	Total - Tempo uso	4	100,00
		Total - " ≤ 45 anos"	4	36,36
	Masculino	> 25 anos	7	100,00
	> 45 anos	Total - Tempo uso	7	100,00
		Total - " > 45 anos"	7	63,64
		Total - Idade	11	100,00
		Total - Masculino	11	100,00
		Total - Sexo	11	100,00
	Total - Ação		11	26,83
		≤ 25 anos	2	66,67
	≤ 45 anos	> 25 anos	1	33,33
	Masculino	Total - Tempo uso	3	100,00
		Total - " ≤ 45 anos"	3	100,00
		Total - Idade	3	100,00
		Total - Masculino	3	75,00
		≤ 25 anos	1	100,00
	≤ 45 anos	Total - Tempo uso	1	100,00
	Feminino	Total - " ≤ 45 anos"	1	100,00
		Total - Idade	1	100,00
		Total - Feminino	1	25,00
		Total - Sexo	4	100,00
	Total – Manutenção		4	9,76
	Total – Geral		41	100,00

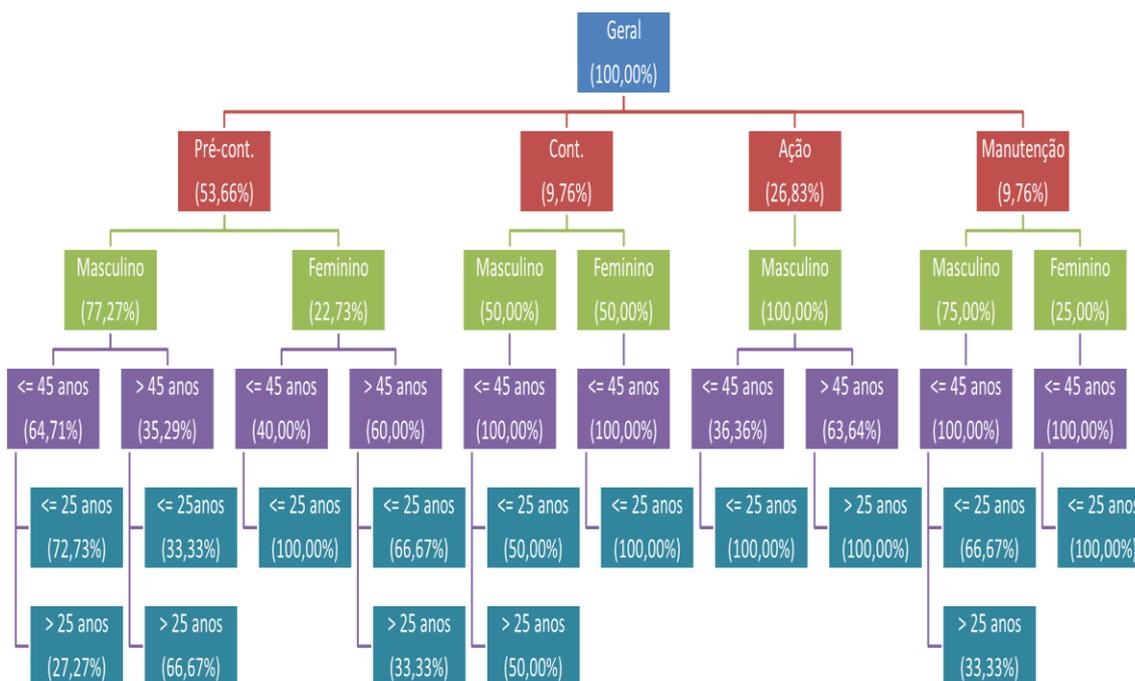


FIGURA 2: Descrição do perfil motivacional dos pacientes, segundo o sexo, idade e tempo de uso de álcool.

A TABELA 5 apresenta os tempos médios de uso de álcool por estágio motivacional com um recorte para algumas características sociodemográficas. Da leitura dos resultados expostos nessa tabela ou na FIGURA 3, é possível que os tempos médios de uso de álcool entre as mulheres são menores, em qualquer estágio motivacional investigado, que os tempos médios dos homens (observe na FIGURA 3 que o polígono referente às mulheres está totalmente dentro do polígono referente aos homens). O mesmo acontece com a comparação dos tempos médios de uso de álcool dos pacientes sem relação marital e com relação marital.

Por outro lado, a comparação dos tempos médios de uso de álcool, para cada estágio motivacional, e por anos de estudo revela que os tempos médios de uso de álcool praticamente iguais nos estágios de pré-contemplação e ação para os pacientes com até 10 anos de estudo e com mais de 10 anos de estudo. Já quando a comparação envolve a religião, a FIGURA 3 mostra que os católicos apresentam um tempo médio de uso de álcool maior que os protestantes no estágio de pré-contemplação, enquanto os protestantes apresentam um tempo médio de uso de álcool maior que os católicos nos outros estágios motivacionais.

TABELA 5: Comparação do tempo médio de uso de álcool e estágio motivacional dos pacientes por sexo.

Característica	Estágio motivacional			
	Pré-contemplação	Contemplação	Ação	Manutenção
Sexo				
Masculino	25,61	24,50	34,81	27,75
Feminino	16,11	16,67	20,33	11,00
Estado civil				
Sem relação marital	22,55	17,00	23,13	17,50
Com relação marital	26,00	24,00	39,36	31,50
Anos de estudo				
Até 10	24,17	24,50	32,00	25,50
Mais de 10	21,69	16,67	33,00	20,50
Religião				
Católico	26,24	16,75	31,25	2,00
Protestante	20,38	32,00	34,71	27,75

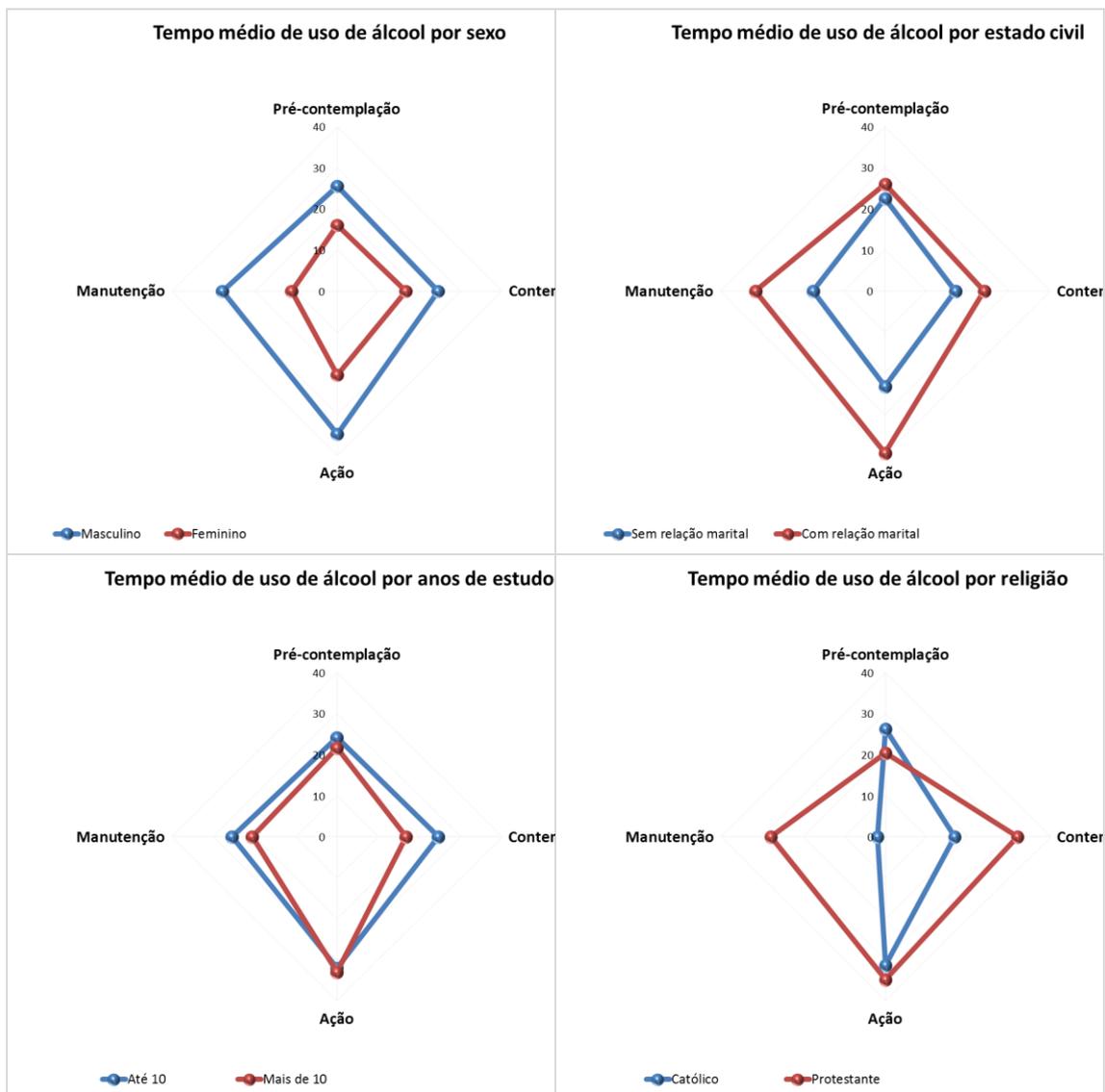


FIGURA 3: Comparação do tempo médio de uso de álcool e estágio motivacional dos pacientes por sexo

Para completar o mapeamento do perfil motivacional, a TABELA 6 apresenta os coeficientes de correlação de Pearson entre os tempos de uso de álcool e os escores da intensidade do consumo de álcool (AUDIT). Dos resultados mostrados, observa-se que existe uma correlação significativa (note os valores-p inferiores a 0,05) e positiva entre o tempo de uso de álcool e o escore de dependência para os pacientes do CAPS-AD do Rangel, com ou sem relação marital e para os católicos.

TABELA 6: Relação entre tempo de uso de álcool e intensidade do consumo.

Característica	Coeficiente de correlação de Pearson	
	r	Valor-p
Instituição		
Rangel	0,269	0,0153
Primavera	0,135	0,3951
Estado civil		
Sem relação marital	0,313	0,0032
Com relação marital	0,529	0,0009
Anos de estudo		
Até 10	0,012	0,9194
Mais de 10	0,197	0,1946
Religião		
Católico	0,260	0,0321
Protestante	0,091	0,5572

7.3 ÍNDICES E AVALIAÇÃO DO POTENCIAL MOTIVACIONAL DOS PACIENTES

Associada à composição do perfil motivacional dos pacientes, sugere-se aqui a construção de alguns índices de desempenho direcionados para a mensuração da eficiência do processo e do suporte que a estrutura do CAPS AD oferece aos usuários.

A ideia da construção de tais índices surgiu a partir da necessidade de se contabilizar o número de pacientes que se mantém, regridem ou evoluem na escala motivacional de uma fase de avaliação para outra.

Assim, considere que "n" pacientes foram avaliados na fase 1 (admissão) do estudo em função do seus perfis motivacionais, sendo contabilizados o número de pacientes diagnosticado em cada estágio. Na fase 2 os mesmos pacientes foram reavaliados e, novamente, o número de pacientes diagnosticado em cada estágio foi contabilizado. Logo, com base nessa estrutura, é possível construir três indicadores de

desempenho do potencial motivacional oferecido pelo sistema de saúde, medidos na fase 2, mas em função do quadro motivacional obtido na fase anterior. Esses indicadores são:

- *Índice de Estabilidade Motivacional (IMM)*: Razão entre o total de pacientes que permaneceram no estágio inicial medido na fase anterior e o total de pacientes avaliados na fase anterior;
- *Índice de Regressão Motivacional (IRM)*: Razão entre o total de pacientes que diminuíram o seu padrão motivacional em relação ao estágio inicial medido na fase anterior e o total de pacientes avaliados na fase anterior;
- *Índice de Evolução Motivacional (IEM)*: Razão entre o total de pacientes que aumentaram o seu padrão motivacional em relação ao estágio inicial medido na fase anterior e o total de pacientes avaliados na fase anterior;
- *Índice de Eficiência Motivacional do Sistema (IEMS)*: Razão entre o índice de evolução motivacional (IEM) e a soma dos índices de estabilidade e de regressão motivacionais. Em outras palavras, o IEMS confronta o número de pacientes que evoluíram na escala motivacional com o número de pacientes que não evoluíram (pioram ou se mantiveram no estágio motivacional inicial). Além disso, esse índice de eficiência pode gerar valores menores que 100 (indicando ineficiência do sistema), iguais a 100 (sistema não contribui para a melhoria motivacional dos pacientes) ou maiores que 100 (sistema contribui para a melhoria motivacional dos pacientes, ou seja, o sistema é eficiente);

Assim, para ilustrar o cálculo e aplicação desses indicadores de desempenho, a FIGURA 4 apresenta as avaliações feitas nos pacientes do estudo de campo em cada uma das fases da pesquisa. Observe, inicialmente, que os pacientes foram agrupados por cores segundo o estágio motivacional aferido na admissão (fase 1). Além disso, vale saliente que apenas os pacientes que foram avaliados nos três momentos foram identificados (numerados) já na fase 1.

Portanto, dos quarenta e um pacientes avaliados na fase 1, sete indivíduos (2, 4, 7, 15, 27, 30 e 33) se mantiveram no mesmo estágio de motivação inicial; três evoluíram (indivíduos 10, 29 e 38) e cinco regrediram (indivíduos 3, 8, 17, 32 e 40). Com isso, os

índices de desempenho são o seguinte: **IMM** = 17,07% (7/41); **IRM** = 12,20% (5/41); **IEM** = 7,32% (3/41) e **IEMS** = 25,00% (3/12). Convém lembrar que a soma dos índices IMM, IRM e IEM resultam sempre em 100%. No caso específico desse estudo isso não aconteceu porque alguns dos pacientes, até o momento do uso dos dados de campo, não haviam comparecido para a segunda bateria de avaliação motivacional.

Desenvolvendo o mesmo raciocínio para medir a eficiência alcançada na fase 3 em relação ao cenário obtido na fase 2, observa-se que foram avaliados apenas quinze pacientes na fase 2, dos quais cinco indivíduos (7, 8, 10, 17 e 33) mantiveram na fase 3 o mesmo estágio motivacional da fase 2; três pacientes evoluíram (indivíduos 2, 27 e 38) e nenhum regrediu. Assim, os novos índices de desempenho são o seguinte: **IMM** = 33,33% (5/15); **IRM** = 0,00% (0/15); **IEM** = 20,00% (3/15) e **IEMS** = 60,00% (3/5). Apesar da aparente melhoria nos índices de desempenho na terceira fase em relação à segunda fase, há de se lembrar de que tais melhoras se deram não porque houve uma evolução nos estágios motivacionais dos pacientes, mas sim porque o total de pacientes avaliados diminui na fase 2 devido a desistência de muitos pacientes para com o estudo.



FIGURA 4: Evolução motivacional dos pacientes em função das de observação do estudo

8 DISCUSSÃO

Em relação ao perfil sócio demográfico dos pacientes participantes da pesquisa, percebe-se uma importante maioria do sexo masculino (80,49%), dado que corrobora trabalhos anteriores que demonstram maior prevalência de atendimentos de transtornos relacionados ao alcoolismo em homens (FREITAS et al, 2012; VELHO, 2010; RESENDE et al, 2005; FIGLIE et al, 2004).

Faria et al. (2009), Siqueira et al. (2005) e Fotin et al. (1995) afirmam em suas pesquisas que mulheres procuram menos os serviços de atendimento a usuários de álcool e drogas do que os homens, por razões como o estigma social em relação ao papel da mulher pelo perfil de uso da mulher ser diferente do homem. César (2006), em estudo qualitativo realizado com mulheres da Unidade de Tratamento de Alcoolismo do Instituto Philippe Pinel no Rio de Janeiro, observou que 90% das mulheres declararam beber em esfera privada e se comportam de forma diferente ao beber em ambiente social.

Estes achados podem indicar que as mulheres conseguiriam ocultar a dependência por mais tempo e que, por conta da forma como a sociedade enxerga a mulher alcoolista, haveria maior preocupação em relação a autoimagem ao expor-se a um tratamento no qual dividiria confidências e experiências com outras pessoas, como observou pesquisa que avaliou o impacto do perfil clínico e sócio-demográfico na adesão ao tratamento de pacientes em CAPS AD (PEIXOTO, 2010). Jorge & Carvalho (2010), também em pesquisa em CAPS AD em Porto Alegre/RS, trazem esta problemática, e sugerem que identificação do alcoolismo feminino enquanto problema de saúde pública deve ser encarada pelos familiares e pela equipe de saúde da família.

A maioria dos sujeitos pesquisados apresentou escolaridade menor que nove anos de estudo formal, ou seja, não chegaram a completar o que hoje seria relativo ao ensino fundamental, e muitos deles não sabem ler e nem escrever corretamente Este dado também confirma estudos anteriores (FREITAS et al, 2012; RESENDE et al, 2005; FIGLIE et al, 2004). Sérgio Velho (2010), ao estudar o epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD de Londrina/PR, percebeu a associação entre uso de substâncias psicoativas e baixa escolaridade, e sugeriu a possibilidade para tal ocorrência seria que a ausência do conhecimento dos riscos e das consequências da utilização nociva de substâncias psicoativas pode favorecer o uso dessas substâncias.

Além disso, serviços de saúde como o CAPS AD atenderiam uma camada social mais desfavorecida financeiramente, por se tratar de um serviço público. E, ao estudar a classificação socioeconômica dos sujeitos pesquisados, percebemos apenas 12% destes em classes mais favorecidas (A e B), e uma maioria (53%) de indivíduos nas classes médias (C1 e C2). Corroborando esta hipótese, a análise das informações laborais mostra uma maioria de indivíduos desempregados (39%), e mesmo entre aqueles os quais possuem emprego, este não teria vínculo empregatício (34%).

Em relação à situação conjugal, encontrou-se maior prevalência de alcoolistas entre aqueles que não possuem relação marital. Este achado está de acordo com Fontes *et al* (2006), ao realizar estudo de seguimento em alcoolistas em tratamento em um centro especializado, mas por outro lado se opõe aos dados encontrados por Sousa e cols. (2012), ao estudar o perfil de usuários de um CAPSad em Teresina-PI, e por Filizola, Perón & Nascimento (2006), em estudo que procurava compreender as consequências do alcoolismo em familiares de usuários. Poder-se-ia postular se a ausência de um significativo marital pode tornar estes indivíduos um alvo mais exposto aos estímulos reforçadores do consumo abusivo de álcool.

A família do dependente deve ser convidada e incentivada a fazer parte do processo de tratamento. Além de se fazer presente nos atendimentos clínicos, se faz imprescindível sua participação nas ações dirigidas propriamente dirigidas aos familiares. Freitas *et al.* (2012) coloca percebe esta problemática ao sugerir melhores resultados terapêuticos naqueles pacientes com maiores vínculos familiares, o que poderia advir tanto da proteção social contra estímulos convidativos ao consumo, quanto da construção de um novo olhar em relação à dependência química, a qual poderia ser enxergada mais como doença a ser tratada do que escolha relacionada a questões como caráter ou falta de responsabilidade com a própria vida.

Em relação ao perfil religioso, quase 90% dos sujeitos pesquisados referiram alguma religiosidade, em maioria de católicos (56%). Com relação a esta variável, a literatura tem apontado a formação religiosa como um fator protetor frente ao consumo de álcool e outras drogas (Silva *et al.*, 2006). Rodrigues e cols. (2013), ao estudar o perfil dos usuários atendidos em CAPSad em Recife/PE, verificou que a religião predominante também seria a católica, com 55,3%. Os resultados apontam que os evangélicos constituiriam o grupo menos predominante para tratamentos em CAPSad, informação que

não surpreende, pois estes deveriam fazer menos uso de álcool por sua doutrina ser mais rígida nesta direção.

Todos os indivíduos entrevistados apresentaram pontuação compatível com a dependência química quando avaliados pelo instrumento *The Alcohol Use Identification Test* (AUDIT). Isto pode demonstrar que, além de os serviços especializados estarem recebendo um público-alvo consentâneo com a gravidade clínica sugerida em seu arcabouço teórico (BRASIL, 2004), estes serviços também estão sendo habilidosos em triar e manter em tratamento apenas pacientes verdadeiramente dependentes químicos.

Dos resultados mostrados, observa-se que existe uma correlação significativa e positiva entre o tempo de uso de álcool e o escore de dependência para os pacientes do CAPSad do Rangel, com ou sem relação marital e para os católicos. Em palavras mais simples, esses resultados estatisticamente significativos querem dizer que o grau de dependência aumenta à medida que aumenta o tempo de uso do álcool. Mais que óbvio, estes resultados corroboram com a relação teórica e natural da correlação entre o tempo de uso de álcool e grau de dependência, ou seja, o paciente se torna tão mais dependente do álcool quanto maior for o seu tempo de convivência com a droga.

Margareth Oliveira (2000), em estudo que avaliava a eficácia da intervenção motivacional em dependentes de álcool, relatou que 72% dos alcoolistas analisados procuraram o tratamento em estado de dependência química, quando o comportamento de beber deixou de ser mantido por contingências reforçadoras positivas e passou a ser mais punido do que reforçado. O único reforçador passaria a ser a bebida, que agora não seria mais fonte de prazer, sendo utilizada para evitar o desprazer provocado pela síndrome de abstinência.

Este é o primeiro estudo nacional de seguimento a avaliar a prontidão para a mudança de comportamento e os estágios motivacionais em um ambiente de tratamento em CAPSad. Pelo papel central dado pelo Ministério da Saúde e pelas gestões em saúde de todo o país aos CAPS, chama à atenção a ausência de estudos clínicos que se aprofundem a conhecer características clínicas como as estudadas por este grupo de pesquisa, que poderiam contribuir no processo de adesão ao tratamento especializado. Desta feita, os achados clínicos neste sentido serão únicos.

Em relação ao estágio motivacional, avaliado pelo Modelo Transteórico através da *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA), a grande maioria dos pacientes (53,66%) encontrava-se em um estado de pré-contemplação, no qual os indivíduos não desejam ou não enxergam a mudança de comportamento como algo necessário. Este achado clínico chama a atenção, já que são pacientes de serviço ambulatorial especializado, sem características hospitalares ou asilares, onde o indivíduo seria impelido por forças externas a ele (familiares, trabalho, justiça, entre outros) a realizar um tratamento. Entre estes pacientes, a maioria dos têm entre 40 e 50 anos (40,91%), com baixa escolaridade (5 a 10 anos de estudo) e com 15 a 30 anos de convivência com o álcool (50,00%).

Os indivíduos que se encontravam nos estágios de ação ou manutenção têm, em média, um tempo maior de convivência com o álcool (28,80 anos) em relação àqueles que estão nos estágios de pré-contemplação ou contemplação (21,77 anos), o que faria sentido, pois pacientes com uma longa convivência com a droga precisam, com uma certa urgência, tomar atitudes que os motivem (atitudes de ação ou manutenção, por exemplo) a abandonarem o uso do álcool.

Foi constatada uma diferença estatisticamente significativa apenas entre os tempos médios dos anos de uso de álcool. Em outras palavras, os indivíduos que estão nos atuais estágios de ação ou manutenção têm, em média, um tempo maior de convivência com o álcool (28,80 anos) em relação àqueles que estão nos estágios de pré-contemplação ou contemplação (21,77 anos), o que faz todo sentido, pois pacientes com uma longa convivência com a droga precisam, com uma certa urgência, tomar atitudes que os motivem (atitudes de ação ou manutenção, por exemplo) a abandonarem o consumo de álcool.

Fontes et al. (2006), em estudo de seguimento que avaliou o comportamento de beber entre dependentes de álcool em um ambulatório especializado em hospital universitário, encontraram a maioria dos sujeitos em estágio de contemplação, justificada pela provável associação dos problemas clínicos com a bebida que fez os pacientes perceberem a necessidade de procurar ajuda para mudar o comportamento de beber. Pesquisas realizadas por Sousa *et al.* (2013) sobre a motivação para a mudança em dependentes químicos internados, e por Resende *et al.* (2005), com alcoolistas

hospitalizados, também verificaram que a maioria dos participantes encontrava-se no estágio de contemplação.

Estudo conduzido por Oliveira et al. (2003), ao verificar os estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes de álcool, identificou uma distribuição sem grandes disparidades entre as médias de três estágios motivacionais, sendo a menor média encontrada na pré-contemplação.

A predisposição às mudanças de estágio motivacional não foi associada às características de sexo, idade (faixa etária), cor, estado civil, anos de estudo ou anos de uso de álcool. De certa forma essa conclusão é compreensível, pois um indivíduo que chega ao ponto de procurar (sozinho, o que é raro, ou é levado e/ou forçado por outrem) um serviço especializado estaria adoecido do ponto de vista físico, clínico, emocional, psicológico e social, além de apresentar uma autoestima prejudicada por conta, inclusive, do longo tempo de convivência com a adicção.

Desse modo, esse conjunto de fatores corrobora para gerar um indivíduo muito resistente, em princípio, a quaisquer mudanças que lhe forem apresentadas. Nesse momento, talvez, um fator explicativo do estágio motivacional pré-contemplativo bastante interessante seria a investigação da funcionalidade e do suporte familiar recebido por esses pacientes, medido, pelo menos, na última fase do estudo.

Portanto, dos 41 pacientes avaliados na admissão, apenas 15 (36% da amostra) chegaram a ser reavaliados no período de 30 dias: sete indivíduos se mantiveram no mesmo estágio de motivação inicial, três evoluíram e cinco regrediram. Houve, então, o abandono do tratamento de 64% dos indivíduos. Com esses resultados, já seria possível afirmar que o sistema de tratamento e desenvolvimento oferecido pelo CAPS AD para cuidar do paciente dependente de álcool seria bastante ineficiente, pois não motiva os indivíduos a permanecer.

Após 90 dias de tratamento, observa-se que, de quinze pacientes avaliados no 2º momento, apenas oito indivíduos chegaram ao final da pesquisa (o que corresponde a 19% do total). Cinco indivíduos mantiveram-se no mesmo estágio motivacional e três indivíduos evoluíram; nenhum regrediu.

Evidencia-se, então, a necessidade da utilização de técnicas terapêuticas que auxiliem esses pacientes na percepção da existência de problemas e consequentes comportamentos a serem modificados e na superação de ambivalências, isto é, do conflito entre mudar e permanecer no comportamento atual. Técnicas terapêuticas fincadas na entrevista motivacional e de prevenção de recaídas poderiam auxiliar os pacientes a progredir em direção aos estágios de ação e de manutenção, estágio de maior evolução e no quais já discriminariam uma possibilidade de mudança.

Fontes et al. (2006) discute que estudos de seguimento e revisão já mostravam que programas de tratamento para dependentes de álcool têm tido sucesso modesto (ORFORD & EDWARDS, 1977; PAILLE et al., 1995; EDWARDS & DARE, 1997; MOSS & MOSS, 2003), com baixos índices de abstinência e altos indicadores de abandono do tratamento.

Para Monteiro et al. (2011), a continuidade do tratamento para dependentes de álcool seria um percurso difícil de atingir, pois à medida que obstáculos, como recaídas e as dificuldades em abandonar a bebida falam mais alto que o desejo de não beber, poucos conseguem permanecer em tratamento sem fazer uso da bebida alcoólica, e indicam maior número de estudos clínicos que possam seguir de forma mais próxima o usuário de substâncias psicoativas, principalmente no que diz respeito à investigação dos tratamentos mais efetivos, a adoção de novas abordagens e mais alternativas de cunho preventivo.

Peixoto et al. (2010), depois de estudar o impacto do perfil clínico e sócio-demográfico na adesão ao tratamento de pacientes de CAPSad em Campo Grande/MS, chama a atenção para se observar que, se as práticas vigentes não têm se mostrado eficazes para manter os usuários com perfil de não adesão, dever-se-ia investir em implantar abordagens diferenciadas e mais precoces, potencializando a detecção de problemas antes do usuário ter a vida social e produtiva prejudicada pela dependência.

Além disso, sugere uma busca mais ativa por parte de governos e instituições de saúde mental como o CAPSad, um estreitamento em suas relações com outros programas de saúde, principalmente com o Programa de Saúde da Família. Para isso, se faz premente a necessidade de formação e de capacitação destas equipes para a identificação e para os primeiros cuidados em saúde, facilitando a entrada do alcoolista ao sistema de saúde, como prevenção primária, e o gerenciamento dos casos de doença dentro do território,

além do acompanhamento e do seguimento do tratamento, para aqueles que já estão acometidos pelas primeiras injúrias ou mesmo ou mesmo pela dependência química.

Por fim, recomenda-se o fortalecimento da inter-setorialidade, isto é, o estreitamento de relações com outras instituições ligadas à comunidade, como escolas, centros comunitários e cultos religiosos, a fim de criar uma rede de apoio para os usuários em todos os lugares em que ele esteja interagindo e, principalmente, auxiliar a família e a comunidade a perceberem ainda precocemente a necessidade de tratamento.

Além disso, se faz imprescindível o surgimento de alternativas ao uso de álcool na vida destes pacientes. Mais que tratamento, estes precisam de estratégias que possam complementar suas vidas e desviar o foco direcionado ao alcoolismo. Acesso a atividade laborativas, escolares, sociais, culturais, entre tantas, contribuiriam a promover não apenas a socialização, mas a desejada reabilitação deste grupo.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pautado em resultados e análises consistentes, todos os objetivos propostos foram cumpridos, ou seja, conseguiu-se caracterizar o perfil clínico e sócio-demográfico dos dependentes alcoolistas de dois CAPS AD da região metropolitana de João Pessoa/PB, associando-o com os estágios motivacionais para mudança de comportamento segundo o Modelo Transteórico.

Considerando tratar-se de instituição de referência para o tratamento deste público, houve o interesse em traçar o perfil da clientela assistida neste tipo de centro especializado, pelo papel central dos CAPSAD nas políticas públicas de tratamento de dependentes químicos, acreditando-se que se poderia, então, perfilhar suas características e identificar fatores de risco os quais poderiam ser evitados ou tratados.

Os dados encontrados reforçam a dependência química de álcool enquanto problema de saúde pública, e ante essa situação o alto índice de abandono de tratamento torna-se um achado clínico preocupante.

Se faz imprescindível a busca constante de adequações das intervenções clínicas às necessidades dos dependentes de álcool por parte dos profissionais responsáveis pela montagem e pela execução dos projetos terapêuticos individuais, assim como também a identificação e a implementação de novas abordagens de motivação para se manter em tratamento mais efetivas, como, por exemplo, técnicas de prevenção à recaída e de entrevista motivacional com o intuito de melhorar a eficácia. Através destas, seria possível quebrar resistências quanto a percepção do alcoolismo enquanto comportamento a ser modificado, além de se superar dúvidas e ambivalências no sentido de caminhar terapêuticamente rumo a um processo de mudança estruturado e duradouro.

As informações encontradas apontam para a necessidade da realização de novas pesquisas que avaliem a motivação de pacientes alcoolistas, ou mesmo dependentes de outras drogas. Essas pesquisas poderiam enfatizar os efeitos terapêuticos da integração de abordagens que aumentem a motivação dos pacientes para o tratamento em ambiente ambulatorial especializado. Em conformidade com isto, os dados reafirmam a necessidade de abordagens de tratamento que observem o indivíduo como um ser multifacetado.

REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2012). Critério padrão de classificação econômica. Disponível em <http://www.abep.org>. Acesso em: 14 jul. 2012.

ANDRADE, Arthur Guerra de; ANTHONY, James C.; SILVEIRA, Camila Magalhães. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. **Barueri (SP): Minha Editora**, 2009.

ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 45-53, 2008.

BABOR, Thomas F.; GRANT, Marcus. Project on Identification and Management of Alcohol Related Problems: Report on Phase II. A randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1989.

BARKBY, Helen et al. To Approach or Avoid Alcohol? Automatic and Self-Reported Motivational Tendencies in Alcohol Dependence. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 36, n. 2, p. 361-368, 2012.

BECK, A. T. et al. Cognitive therapy of substance abuse. **New York: Guilford Press**, 1993.

BERRE, Anne-Pascale et al. Cognitive Barriers to Readiness to Change in Alcohol-Dependent Patients. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 36, n. 9, p. 1542-1549, 2012.

BOYUM, David; KLEIMAN, Mark AR. Alcohol and other drugs. **Crime**, v. 303, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP; organizadores Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. – Brasília: SENAD, 2010.

BRESLOW, Rosalind A.; GRAUBARD, Barry I. Prospective Study of Alcohol Consumption in the United States: Quantity, Frequency, and Cause-Specific Mortality. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 32, n. 3, p. 513-521, 2008.

BUSSAB, W.; MORETTIN, P. Estatística Básica, 5ª edição, Saraiva: São Paulo, 2006.

CALHEIROS, P.; ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. Avaliação da motivação para mudança nos comportamentos adictivos. **Temas em Psicologia Clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo**, 2006.

CAPONE, Christy; WOOD, Mark D. Thinking about drinking: need for cognition and readiness to change moderate the effects of brief alcohol interventions. **Psychology of addictive behaviors**, v. 23, n. 4, p. 684, 2009.

CARLINI, E. A. et al. II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de 1º e 2º graus [apostilado]. **São Paulo: CEBRID**, 1989.

CARLINI, E. A. et al. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. **São Paulo: Cebrid/Unifesp**, 2002.

CESAR, Beatriz AcetiLenz. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, 2006.

CONNORS, G. J.; Donovan, D.M.; DICLEMENTE, CC (2001). Substance Abuse Treatment and The Stages of Change: Selecting and Planning Interventions. **The Guilford Press**. New York pp5.

CROWLEY, John William (Ed.). Drunkard's progress: narratives of addiction, despair, and recovery. **JHU Press**, 1999.

DECI, Edward L., & RYAN, Richard M. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum, 1985.

DICLEMENTE C.C. Motivational interviewing and the stages of change In: MILLER, W. R., & ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: Preparing people for change**. New York: Guilford Press, p 191-201, 1991.

DICLEMENTE C.C., SCHLUNDT B.S., GEMMELL L. **Readiness and stages of change in addiction treatment**. American Journal on Addictions, Colorado, v. 13, n. 2, p. 103-119, 2004.

DICLEMENTE, Carlo C.; DOYLE, Suzanne R.; DONOVAN, Dennis. Predicting treatment seekers' readiness to change their drinking behavior in the COMBINE Study. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 33, n. 5, p. 879-892, 2009.

DUARTE, A. L. W. P et al. Motivação de pacientes hospitalizados para evitar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 448- 454, 2009.

EDWARDS, Griffith; GROSS, Milton M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **British medical journal**, v. 1, n. 6017, p. 1058, 1976.

EDWARDS, Griffith. The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. **Br J Addict**. v. 81, p. 171–83, 1986.

EDWARDS, Griffith; TAYLOR, Colin. A test of the matching hypothesis: alcohol dependence, intensity of treatment, and 12-month outcome. **Addiction**, v. 89, n. 5, p. 553-561, 1994.

EDWARDS, Griffith; DARE, Christopher; VERONESE, Maria Adriana Veríssimo. **Psicoterapia e tratamento de adições**. Artes Médicas, 1997.

EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E. Jane; COOK, Christopher CH. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. Artmed, 1999.

FARIA, Jeovane Gomes; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009.

FERNANDES, N.; FERNANDES, V. Criminologia Integrada. **Revista dos Tribunais**. 2 ed. São Paulo. Toxicomanias, p.679-729, 2002.

FERREIRA, V. M. M.; MORATO, G. S. D-Cycloserine blocks the effects of ethanol and HA- 906 in rats tested in the elevated plus-maze. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**. v.1, n.9, p. 1638-1642, 1997.

FIELD, Craig A. et al. Construct, concurrent and predictive validity of the URICA: Data from two multi-site clinical trials. **Drug and alcohol dependence**, v. 101, n. 1, p. 115-123, 2009.

FIGLIE, Neliana Buzi et al. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no Hospital Geral ?. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 46, p. 589-594, 1997.

FIGLIE, Neliana Buzi. Motivação em alcoolistas tratados em ambulatório específico para alcoolismo e em ambulatório de gastroenterologia – dados do. 1999.

FIGLIE, Neliana Buzi et al. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil-using the AUDIT and Fagerström questionnaires. **Sao Paulo medical journal**, v. 118, n. 5, p. 139-143, 2000.

FIGLIE, Neliana Buzi. Metodologia de pesquisa em dependência química. Em: Anais do XIV Congresso Brasileiro sobre alcoolismo, tabagismo e outras dependências. Gramado, RS. 2001.

FIGLIE, Neliana Buzi et al. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 2, p. 53-62, 2004.

FIGLIE, Neliana Buzi. **Boas Práticas no Tratamento do uso e Dependência de Substâncias**. Editora Roca, 2007.

FILIZOLA, C. L. A.; PERÓN, C. J.; NASCIMENTO M. M. A. Compreendendo o alcoolismo na família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 660-670, dez. 2006.

FISHER, R. A. The logic of inductive inference (with discussion). *Journal Royal Statistic Society Series A*, 98, 39-82, 1935a.

FISHER, R. A. *Statistical Methods for Research Workers*. (Originally published 1925, 14th ed. 1970.) Oliver and Boyd, Edinburgh, 1934.

FONTES, Andrezza; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento. **Revista de psiquiatria clínica**, v. 33, n. 6, p. 304-312, 2006.

FOTIN, Regina Maria Pereira; LIBRE, Andrea Temponi; MELLO, Marcelo Feijó de. Estudo da morbidade do alcoolismo na Santa Casa de Sao Paulo. **Rev. ABP-APAL**, v. 17, n. 2, p. 67-71, 1995.

FREEMAN, G. H.; HALTON, J. H. Note on an exact treatment of contingency, goodness of fit and other problems of significance. **Biometrika**, p. 141-149, 1951.

FREITAS, Rivelilson Mendes; DA SILVA, Helen Rute Rodrigues; ARAÚJO, Diego Santos. Results of monitoring of users treated in the psychosocial care center-alcohol ad drugs (CAPS-AD). **SMAD Revista Electronica Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 8, n. 2, 2012.

FREYER-ADAM, Jennis et al. The performance of two motivation measures and outcome after alcohol detoxification. **Alcohol and alcoholism**, v. 44, n. 1, p. 77-83, 2009.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, S. & CARLINI, E.A. II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 1999. Brasília: SENAD, 2005.

GALDURÓZ, José Carlos F. et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País-2005. **Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas**, 2007.

GIGLIOTTI, Analice; BESSA, Marco Antonio. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos Alcohol Dependence Syndrome: diagnostic criteria. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. Supl I, p. 11-13, 2004.

GILPIN, N.W., KOOB, G.F. Neurobiology of alcohol dependence: Focus on motivational mechanisms. **Alcohol Res Health**, v31, p. 185-95, 2008.

GRANT, Bridget F.; DAWSON, Deborah A. Alcohol and drug use, abuse, and dependence: classification, prevalence, and comorbidity. **Addictions: A comprehensive guidebook**, p. 9-29, 1999.

HALLGREN, Kevin A.; MOYERS, Theresa B. Does readiness to change predict in-session motivational language? Correspondence between two conceptualizations of client motivation. **Addiction**, v. 106, n. 7, p. 1261-1269, 2011.

HUNT, Walter A. Neuroscience research: how has it contributed to our understanding of alcohol abuse and alcoholism? A review. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 17, n. 5, p. 1055-1065, 1993.

JUNGERMAN, Flávia S.; LARANJEIRA, Ronaldo. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. **J. bras. psiquiatr**, v. 48, n. 5, p. 197-207, 1999.

KOOB, G.F. A role for GABA mechanisms in the motivational effects of alcohol. **Biochem Pharmacol**, v. 68, n. 15, p. 1515-25, 2004.

KONG, Grace; BERGMAN, Andrea. A motivational model of alcohol misuse in emerging adulthood. **Addictive behaviors**, v. 35, n. 10, p. 855-860, 2010.

LARANJEIRA, R.R. & NICASTRI, S. Abuso e Dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O.P.; DRACU, L. & LARANJEIRA, R.R. Manual de Psiquiatria. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

LARANJEIRA, Ronaldo; PINSKY, Ilana. **O alcoolismo**. Contexto, 1998.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000.

Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento / Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. **Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas**, v. 70, 2007.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD II) - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. **INPAD, São Paulo. Available in: http://inpad.org.br/wpcontent/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf. Accessed**, v. 3, 2013.

LAU, Katharina et al. Motivation to change risky drinking and motivation to seek help for alcohol risk drinking among general hospital inpatients with problem drinking and alcohol-related diseases. **General hospital psychiatry**, v. 32, n. 1, p. 86-93, 2010.

LIMA, Carlos Tadeu et al. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005.

LITTRELL, Jill. How Addiction Happens, How Change Happens, and What Social Workers Need to Know to Be Effective Facilitators of Change. **Journal of evidence-based social work**, v. 8, n. 5, p. 469-486, 2011.

LONGO Lance P.; CAMPBELL, Tood; HUBATCH, Sandra. Divalproex sodium (Depakote) for alcohol withdrawal and relapse prevention. **Journal of Addictive Diseases**, v. 21, n. 2, p. 55-64, 2002.

MAGILL, Molly et al. Motivational interviewing with significant other participation: Assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement. **Journal of substance abuse treatment**, v. 39, n. 4, p. 391-398, 2010.

MANUEL, Jennifer K.; HOUCK, Jon M.; MOYERS, Theresa B. The impact of significant others in Motivational Enhancement Therapy: Findings from Project MATCH. **Behavioural and cognitive psychotherapy**, v. 40, n. 03, p. 297-312, 2012.

MARLATT, G. Alan; DONOVAN, Dennis Michael (Ed.). **Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. Guilford Press, 2005.

MARQUES, A. C. P. R. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **Revista IMESC**, v. 3, p. 73-86, 2001.

MARTIN, Tim et al. The structure of client language and drinking outcomes in project match. **Psychology of addictive behaviors**, v. 25, n. 3, p. 439, 2011.

MCCONNAUGHY, Eileen A.; PROCHASKA, James O.; VELICER, Wayne F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 20, n. 3, p. 368, 1983.

MCCRADY, Barbara S. et al. What do women want? Alcohol treatment choices, treatment entry and retention. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 25, n. 3, p. 521, 2011.

MCKAY, J.R.; WEISS, R.V. A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups. Preliminary results and methodological issues. **Eval Rev**, v. 25, n. 2, p. 113-61, 2001.

MELONI, José Nino; LARANJEIRA, Ronaldo. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 7-10, 2004.

Miller, W.R. Motivational for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. **Psychol. Bull**, v. 98, p. 84-107, 1985.

Miller, W. R.; Rollnick, S. **Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior**. New York: Guilford Press, 1991.

MILLER, William R.; HESTER, Reid K. **Treatment for alcohol problems: Toward an informed eclecticism**. 1995.

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

MONTEIRO, Claudete FS et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 15, n. 1, p. 90-5, 2011.

MOOS, Rudolf H.; MOOS, Bernice S. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. **Addiction**, v. 98, n. 3, p. 325-338, 2003.

MURTEIRA, B. J. F.; BLACK, G. H. J. *Estatística Descritiva*, Editora McGraw Hill, Lisboa, 1983.

NOTO, Ana Regina et al. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. **J. bras. psiquiatr**, v. 51, n. 2, p. 113-121, 2002.

OLIVEIRA, Margareth da Silva. **Eficácia da intervenção motivacional em dependentes do álcool**. 2000. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.

OLIVEIRA, M.; JAEGER, A.; SCHREINER, S. (2003). Abordagens terapêuticas no tratamento das adições. Em CAMINHA, R.; WAINER, R; OLIVEIRA, M.; PICCOLOTO, N. (Orgs.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 193-210). Porto Alegre: Casa do Psicólogo.

OLIVEIRA, M.S.O.; LARANJEIRA, R.; ARAÚJO, R.B.; CAMILO, R.L.; SCHNEIDER, D.D. Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, Vol. 16, Nº2 (2003), pp. 265-270.

OLIVEIRA, Margareth da Silva et al. Motivational interview with alcoholics: a longitudinal study abstract. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 2, p. 261-266, 2008.

ORFORD, Jim et al. *Alcoholism. A comparison of treatment and advice, with a study of the influence of marriage*. Published for the Institute of Psychiatry by the Oxford University Press, Walton Street, 1977.

ORFORD, Jim et al. To what factors do clients attribute change? Content analysis of follow-up interviews with clients of the UK Alcohol Treatment Trial. **Journal of substance abuse treatment**, v. 36, n. 1, p. 49-58, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS, p.1-16, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) & COMISSÃO INTERAMERICANA PARA O CONTROLE DO ABUSO DE DROGAS (CICAD). El tratamiento de los problemas relacionados con la dependencia de las drogas. In: OPAS & CICAD. La dependência de las drogas y su tratamiento – guia y criterios básicos para El desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas. OPAS/CICAD, 2000.

PAILLE, François M. et al. Double-blind randomized multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol. **Alcohol and Alcoholism**, v. 30, n. 2, p. 239-247, 1995.

PARA EL ABUSO, Administración de Servicios de Sustancias y la Salud Mental (SAMSHA). Programas especializados en el tratamiento del abuso de sustancias. **Guía de servicios para el abuso de sustancias para proveedores de atención primária de la salud. Rockville: NIH, 1999.**

PEIXOTO, Clayton et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 4, p. 317-21, 2010.

PENBERTHY, Jennifer K. et al. Impact of motivational changes on drinking outcomes in pharmacobehavioral treatment for alcohol dependence. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 35, n. 9, p. 1694-1704, 2011.

PYNE, Hnin Hnin; CLAESON, Mariam; CORREIA, Maria. **Gender dimensions of alcohol consumption and alcohol-related problems in Latin America and the Caribbean.** World Bank Publications, 2002.

PROCHASKA, James O. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Homewood, IL: Dorsey Press, 1979.

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 19, n. 3, p. 276, 1982.

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C.; NORCROSS, John C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. **American psychologist**, v. 47, n. 9, p. 1102, 1992.

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. **Krieger Pub.**, 1994.

PROCHASKA, J.O.; NORCROSS, J.C.; DICLEMETE, C.C. Changing for Good. New York: Morrow. Released in paperback by Avon, 1995.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. The transtheoretical approach. In: MILLER, W.; HESTER, N. (Orgs.). Treating addictive behavior: processes of changes (pp. 3-27). New York: Plenum Press, 1999.

REHM, Jürgen et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. **The Lancet**, v. 373, n. 9682, p. 2223-2233, 2009.

REIS, N. T.; RODRIGUES, C. S. C. Nutrição clínica: alcoolismo. Rio de Janeiro: Rubio, 2003.

RESENDE, Geraldo LO et al. Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 4, p. 211-217, 2005.

RIBEIRO, Mário Sérgio; JLC, Poço. Motivos referidos para abandono de tratamento em um sistema público de atenção à saúde mental. **Revista APS**, v. 9, n. 2, p. 136-45, 2006.

ROBERTS, A.J.; MCDONALD, J.S.; HEYSER, C.J.; KIEFFER, B.L.; MATTHES, H.W.; KOOB, G.F.; et al. μ -Opioid receptor knockout mice do not self-administer alcohol. **J Pharmac Exp Ther**, v. 293, p. 1002-8, 2000.

RODRIGUES, Luana Silva de abreu et al. Profile of users met in a psychosocial day-care center-alcohol and drugs. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 7, n. 8, p. 5191-5197, 2013.

SCHUCKIT, M. A. Alcohol y Alcoholismo. In: KASPER D. L.; FAUCI A.S.; LONGO D. L. Harrison Principios de Medicina Interna. 16º edición. México: Mac Graw Hill, 2005.

SCHULZ, Daniela N.; KREMERS, Stef PJ; DE VRIES, Hein. Are the stages of change relevant for the development and implementation of a web-based tailored alcohol intervention? A cross-sectional study. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 360, 2012.

SEGATTO, Maria Luiza et al. Brief motivational interview and educational brochure in emergency room settings for adolescents and young adults with alcohol related problems: a randomized single blind clinical trial. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 33, n. 3, p. 225-233, 2011.

SEIBEL, S. D. Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas. In: S. D. SEIBEL. Dependência de drogas. (2ª ed.) pp. 3-10. São Paulo: Atheneu, 2010.

SILVA, L. V. E. R., MALBERGIER, A., STEMPLIUK, V. A.; ANDRADE, A. G. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 280-288, 2006.

SILVEIRA, Carla et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, p. 349-354, 2003.

SIQUEIRA, Marluce Miguel de; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; SOUZA, Renata Santos de. O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool. **J. bras. psiquiatr**, v. 54, n. 2, p. 114-119, 2005.

SOUSA, Gardênia Machado. Perfil de usuários atendidos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas: possíveis relações entre comorbidades e álcool. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v. 5, n. 2, p. 9-14, Abr-Mai-Jun. 2012.

SOUSA, Patrícia Fonseca et al. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 259-268, 2013.

SZUPSZYNSKI, Karen Priscila Del Rio; OLIVEIRA, Margareth da Silva. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Psicologia: teoria e prática**, v. 10, n. 1, p. 162-173, 2008.

VADER, A. M.; WALTERS, S. T.; PRABHU, G. C.; HOUCK, J. M.; & FIELD, C. A. The Language of Motivational Interviewing and Feedback: Counselor Language, Client Language, and Client Drinking Outcomes. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 24, n. 2, p. 190-197, 2010.

VAILLANT, George E. **The natural history of alcoholism**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1983.

VASCONCELOS, S. M. M. Efeitos Comportamentais, Neuroquímicos e Bioquímicos do etanol em roedores na presença e na ausência de antagonistas dopaminérgicos, glutamatérgicos e opióide. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Farmacologia. Universidade Federal do Ceara. Fortaleza, CE-Brasil, 2001.

VELHO, Sérgio Ricardo Belon da Rocha. Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD, Londrina, PR. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

VELICER, Wayne F. et al. Smoking cessation and stress management: applications of the Transtheoretical Model of behavior change. **Homeostasis in Health and Disease**, 1998.

VIALA-ARTIGUES, J.; MECHETTI, C. Histoire de l'alcool archéologie partie 1. **Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie**, 2003.

VIEIRA, S. Princípios da Estatística. Editora Pioneira, 1999.

VIRKKUNEN, Matti; LINNOILA, Markku. Serotonin in early onset, male alcoholics with violent behaviour. **Annals of medicine**, v. 22, n. 5, p. 327-331, 1990.

WADE, C; TARVIS C. Psychology. New York: Harper Collins, 1992.

WESTERMEYER, J. Historical and social context of psychoactive substance disorder. In: FRANCES, R.J.; MILLER, S.I. (eds.). *Clinical Textbook of Addictive Disorders*. New York: Guilford Press, 1991.

YOSHIDA, Eliza Médici Pizão. Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. **Psico-USF**, v. 7, n. 1, p. 59-66, 2002.

ZALESKI, Marcos; et al. Aspectos neurofarmacológicos do uso crônico e da Síndrome de Abstinência do Alcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl. 1, May 2004.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da (instituição) pelo telefone _____.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Análise da Prontidão para a Mudança de Comportamento de Dependentes Químicos de Álcool em Tratamento em CAPS AD da Região Metropolitana de João Pessoa/PB.

Pesquisador Responsável: Roberto Mendes dos Santos

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (83)8149-4549

Pesquisador participante: Ricardo Henrique de Souza Araújo

Telefones para contato (inclusive ligações a cobrar): (83) 8831-2660

1. O projeto tem como objetivo avaliar a prontidão para a mudança de tratamento de usuários de álcool em tratamento para dependência química neste CAPS AD, no período de setembro de 2012 a setembro de 2013.
2. Serei solicitado (a) a ler e responder questionário a respeito de dados de minha vida pessoal e como venho me sentindo ultimamente.
3. Terei liberdade para me recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao meu cuidado.
4. Terei garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, não é necessário colocar meu nome nos questionários. Os resultados poderão ser publicados, mas minha identidade não será revelada. Serão evitados procedimentos que possam causar qualquer tipo de constrangimento às pessoas envolvidas.
5. Este trabalho beneficiará a comunidade a partir do momento que investiga com detalhes esta doença, fornecendo subsídios para a sua melhor compreensão e até possibilitando melhorias no tratamento. Se durante a entrevista houver evidência que tenho o transtorno, receberei tratamento adequado no serviço em questão.
6. Caso durante a pesquisa seja identificado que não tenho uma doença que preencha os requisitos para participação na mesma, receberei tratamento normalmente. Se houver em algum momento, devido à minha doença, qualquer indicação para internamento hospitalar, serei encaminhado(a) imediatamente para avaliação no hospital de referência, via ambulância do serviço.
7. Não precisarei ir à unidade de saúde onde sou atendido exclusivamente para preencher escalas ou fornecer dados para a pesquisa. Isto se dará durante as consultas regulares realizadas no serviço.

Nome e Assinatura do pesquisador

◆ CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo *Análise da Prontidão para a Mudança de Comportamento de Dependentes Químicos de Álcool em Tratamento em CAPS AD da Região Metropolitana de João Pessoa/PB*, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Local e data _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

Apêndice B: Questionário sócio-demográfico

Data: ____/____/____ N° de Prontuário: _____

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo _____ Idade: _____

Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Estado civil: () Casado () Solteiro () Amasiado () Viúvo () União estável
() Outros: _____

Religiosidade: () não () sim Qual? _____

RG: _____ CPF: _____ SUS: _____

Está Estudando? () sim () Não. Escolaridade: _____

Naturalidade: _____

Ocupação(profissão): _____

Endereço: _____ N° _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Cep: _____

Ponto de Referência: _____

Telefone (s): _____

USF: _____ ACS: _____

Pessoa de referência / responsável: _____

Endereço: _____

Contatos: _____

Pai: _____ Profissão: _____

Mãe: _____ Profissão: _____

Apêndice C: Proposta de Artigo de Revisão Sistematizada

Motivação para a mudança de comportamento em alcoolistas: uma revisão integrativa*

Motivation for behavior change in alcoholics: an integrative review

Roberto Mendes dos Santos¹.

¹ Médico Psiquiatra. Mestrando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Especialista em Dependência Química. Pronto-Atendimento em Saúde Mental (PASM), João Pessoa, Paraíba, Brasil.

*Revisão integrante da dissertação de mestrado “Prontidão para a mudança de comportamento em dependentes químicos de álcool em tratamento em CAPS AD” do programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, Brasil, 2014.

Roberto Mendes dos Santos - Rua José Faustino Cavalcanti 700, Pedro Gondim – CEP 58031-180 – João Pessoa, PB, Brasil. (83)8149-4549 E-mail: drrobertomendes@uol.com.br

O autor declara que não há conflitos de interesse.

Resumo

A motivação para mudança de comportamento pode ser associada à adesão ao tratamento de alcoolistas, e a identificação de fatores de modificação dos aspectos motivacionais potencializaria a construção de projetos terapêuticos para este público. O objetivo desta revisão foi verificar na literatura as contribuições da motivação e das bases da teoria da entrevista motivacional no tratamento do alcoolismo. O estudo foi realizado nos bancos de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO, datados no período de junho de 2008 a maio de 2013. Foram encontrados 428 artigos publicados nos últimos cinco anos, porém, apenas 25 foram selecionados por demonstrarem pertinência e relevância ao tema de estudo. Os resultados apontaram fatores que, quando associados, podem favorecer a utilização de aspectos motivacionais no tratamento do comportamento adicto, entre os quais: a rede social de apoio, a linguagem expressa durante os atendimentos e a avaliação do estágio de mudança de comportamento através do modelo transteórico.

Palavras-chave: Alcoolismo; Motivação; Entrevista motivacional

Abstract

The motivation for behavior change may be associated with adherence to treatment of alcoholics, and the identification of modifying factors of motivational aspects potentiate the development of therapeutic projects for this public. The objective of this review was to assess the contributions of the literature on motivation and the foundations of the theory of motivational interviewing in the treatment of alcoholism. This study was conducted in the MEDLINE , LILACS and SciELO, dated from June 2008 to May 2013. 428 articles published in the last five years have been found, however, only 25 were selected for demonstrating pertinence and relevance to the topic of study. The results indicated that factors, when combined, may favor the use of motivational aspects in the treatment of addictive behavior, including: social support network, the language expressed during the consultations and evaluation of stage of behavior change by transtheoretical model.

Keywords: Alcoholism; Motivation; Motivational interviewing

Introdução

O problema do consumo abusivo do álcool é tão antigo quanto a história da humanidade. Todas as culturas conhecidas utilizam algum tipo de álcool e, frequentemente, o seu consumo escapa ao controle dos usuários (WESTERMEYER, 1991).

Do uso social ao problemático, o álcool é a droga mais consumida no mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. Seu uso indevido é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil (PYNE, et al., 2002).

O 2º Levantamento Nacional de álcool e drogas (LENAD), realizado pelo Instituto nacional de Ciências e Tecnologia para políticas públicas do álcool e outras drogas (IMPAD), publicado em 2013, mostra que 48% da população brasileira com mais de 14 anos de idade faz uso abusivo de bebidas alcoólicas, o que corresponderia a mais de 67 milhões de pessoas. Destas, 17% preencheriam critérios clínicos para dependência química de álcool (LARANJEIRA et al, 2013).

A dependência significa um relacionamento alterado entre a pessoa e sua forma de beber. Edwards & Gross (1976) desenvolveram o conceito de síndrome de

dependência de álcool, considerando o termo síndrome como um conceito para designar um agrupamento de sinais e sintomas, sendo uma formulação científica descritiva que, inicialmente, tende a ser agnóstica a patologia.

A Síndrome de Dependência de Álcool (DAS) foi descrita, então, como um transtorno que se constitui ao longo da vida, dependendo da interação de fatores biológicos, sociais e culturais, como religião e valor simbólico do álcool em cada comunidade, pensada como uma forma de aprendizado individual e social do modo de se consumir bebidas e nesse processo de aprendizado de usar o álcool (HUNT, 1993).

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, comecem a surgir.

Neste momento, o comportamento não seria mais mantido por contingências reforçadoras positivas, mas por contingências reforçadoras negativas. O indivíduo continua a beber para se esquivar das sensações aversivas que a falta do álcool lhe traz nos momentos de abstinência, o que caracteriza um comportamento mantido por reforço negativo. Quando estas contingências tornam-se muito importantes, o indivíduo pode começar a apresentar comportamentos indicadores de prontidão para mudar (HUNT, 1993).

Embora os problemas relacionados ao uso do álcool datem da Antiguidade, os tratamentos especializados só apareceram muito mais tarde, a partir do século XIX. Foram eles em geral dirigidos a casos crônicos e graves, com ênfase no modelo médico. As intervenções mais antigas eram religiosas, ritualísticas ou com encaminhamento para os antigos e punitivos asilos de pacientes “inebriados” (FIGLIE et al., 1997).

Apesar da progressão do número de pessoas que fazem uso nocivo desta substância, é pequena a porcentagem de dependentes de álcool que procura tratamento (ORFORD, 1977). Um dos fatores que pode explicar a dificuldade para a aderência ao tratamento é a motivação para mudar tal comportamento.

Estudos de seguimento e de revisão mostram que os programas de tratamento para dependentes de álcool têm tido sucesso modesto (DECI & RYAN, 1985; PAILLE, 1995; EDWARDS, DARE & VERONESE, 1997; MOSS & MOSS, 2003), com baixos índices

de abstinência e altos indicadores de abandono do tratamento. Mesmo o álcool exercendo grande peso como causa e manutenção de problemas à saúde, a história natural do abuso de álcool ainda é pouco compreendida (LARANJEIRA et al., 2000).

As intervenções que visam ao incremento da eficácia terapêutica são extremamente valiosas. Entre as possíveis variáveis que podem estar relacionadas a essa eficácia, a motivação dos pacientes para se manter em tratamento pode se tornar uma das mais significativas, uma característica central na modificação de comportamentos de dependência (WADE, TAVRIS & PERDUE, 2012).

A palavra motivação vem da raiz latina que significa “mover”, sendo uma tentativa de compreender o que move as pessoas a ter determinadas atitudes. A partir deste preceito, Willian Miller (1985) define “motivação” como “a probabilidade de uma pessoa ingressar, manter e aderir a um processo específico de mudança de comportamento”. A motivação seria um processo dinâmico, que sofre oscilações ao longo de um processo terapêutico, nas diversas fases relacionadas à modificação no comportamento do dependente, desde o reconhecimento da existência do problema até a manutenção do compromisso com a mudança de conduta (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1994; MCKAY & WEISS, 2001).

As características dos pacientes em relação à sua prontidão para o tratamento devem ser consideradas como parte fundamental no início de qualquer intervenção terapêutica, já que os pacientes mais motivados tendem a apresentar melhores resultados. Tal prontidão não é definida somente como uma localização em um estágio de mudança ou outro, indica vontade de se inserir em um processo pessoal ou de adotar um novo comportamento. A ideia de que as pessoas progredem através de estágios motivacionais na resolução de um problema tem se mostrado de vital importância para os profissionais que lidam com dependência química (PROCHASKA, 1979).

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT), construído por James Prochaska em 1979, descreve a prontidão para a mudança a partir de estágios motivacionais pelos quais o indivíduo transita (CALHEIROS, ANDRETTA & OLIVEIRA, 2006). Este modelo está baseado na premissa de que a mudança comportamental é um processo e que as pessoas têm diversos níveis de motivação e de prontidão para mudar (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1982). O Modelo Transteórico foca a mudança intencional, ou seja, a tomada de decisão do indivíduo, e a mudança

comportamental se tornaria um processo em que as pessoas teriam níveis diversos de prontidão para mudar (OLIVEIRA, 2008).

Em vista a essa problemática, o presente estudo tem como objetivo verificar na literatura científica atual as contribuições dos aspectos motivacionais e das bases da teoria da entrevista motivacional no tratamento do alcoolismo.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa sistematizada da literatura a qual versa sobre a utilização dos conhecimentos sobre os aspectos motivacionais envolvidos na mudança de comportamento do alcoolista em tratamento.

Nesse sentido, para esta revisão, foram consideradas as fases de pesquisa: identificação do problema e objetivo da pesquisa; pesquisa da literatura com foco sobre o tema a ser estudado; avaliação dos dados aplicando critérios de inclusão e exclusão; análise dos dados extraindo das fontes primárias as características da amostra e método, Como última fase, temos a apresentação da síntese, que retrata a construção dos conceitos e seus fatores relacionados.

Os termos utilizados na busca foram delimitados a partir descritores presentes em artigos adequados ao tema, lidos previamente de forma não sistemática, e por meio de consulta às coleções de termos das respectivas bases de dados: Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram selecionados, assim, os seguintes descritores: “alcoholism”, “motivation”, e “motivational interviewing” (para a língua portuguesa, “alcoolismo”, “motivação” e “entrevista motivacional”).

Realizou-se uma revisão da literatura disponível nos seguintes bancos de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), através do portal Pubmed; Literatura Latino-Americana e de Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); e Scientific Electronic Library On- line (ScieLO). Os artigos coletados foram publicados no período de junho de 2008 a maio de 2013. Como a busca por descritores individuais originou uma quantidade significativamente numerosa de resultados, os mesmos foram aplicados de forma simultânea, em inglês (“alcoholism and motivation”, e “alcoholism

and motivational interviewing”). Nas bases de dados em português, foram utilizados os seguintes descritores: “alcoholismo e motivação” e “alcoholismo e entrevista motivacional”.

Nesta revisão da literatura, foram observados os seguintes critérios de inclusão: artigos com resumos e corpo textual disponível para visualização, publicados em inglês, espanhol e português, além de limitar como objeto de estudos apenas seres humanos. Como critérios de exclusão foram adotados: estudos que abordassem outras substâncias psicoativas diversas ao álcool como objeto, artigos não acessíveis em texto completo, ou sem disponibilidade de resumos, artigos de revisão, resenhas, anais de congresso, artigos de opinião ou de reflexão, editoriais, artigos que não abordaram diretamente o tema deste estudo ou publicados fora do período de análise. Além disso, procurou-se evitar a reprodução de artigos advindos das diferentes bases de pesquisa.

Resultados

A partir da busca digital, foram localizados 428 artigos, assim distribuídos nas bases de dados: 416 artigos na MEDLINE, 13 na LILACS e 2 na SciELO. Durante a análise dos artigos científicos, se fez notada a existência de escassas pesquisas sobre esta temática na América latina e, especialmente, em nosso país.

Após a leitura criteriosa dos títulos e dos resumos, e segundo pertinência e consistência do conteúdo, foram descartados 371 artigos por inadequação à questão norteadora, por estarem repetidos, ou que não atendiam aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Foram, assim, selecionados 57 artigos para leitura na íntegra de seu corpo textual. Posteriormente, foram escolhidos 22 artigos de acordo com a temática desta revisão.

No quadro apresentado a seguir, pode-se verificar os artigos selecionados para este estudo, apresentando: os títulos dos artigos, autores, ano de publicação, método adotado e resultados das pesquisas.

Quadro 1 – Distribuição dos estudos segundo título dos artigos, autores, ano de publicação, método adotado, e resultados da pesquisa

Autores	Ano	Título	Tipo de estudo	Resultados
Oliveira, et al	2008	Motivational interview with alcoholics: a longitudinal study	Ensaio clínico de seguimento com amostragem intencional	Sujeitos submetidos a entrevista motivacional obtiveram mais êxito na manutenção da abstinência.
Duarte, et al	2009	Motivação de pacientes hospitalizados para evitar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas	Estudo transversal com amostragem intencional	Os pacientes mais jovens hospitalizados mostraram-se pouco motivados para mudar o hábito de consumir bebidas alcoólicas.
Penberthy, JK, et al	2011	Impact of motivational changes on drinking outcomes in pharmacobehavioral treatment for alcohol dependence.	Avaliação exploratória experimental	Ocorre redução no uso abusivo de álcool pelo aumento da motivação para a mudança, além da redução da tentação de beber em indivíduos dependentes alcoólicos em tratamento psicofarmacológico.
Berre, AP, et al	2012	Cognitive Barriers to Readiness to Change in Alcohol-Dependent Patients	Estudo transversal com amostragem intencional	Um conjunto de habilidades cognitivas se faz necessária para resolver a ambivalência em relação à dependência de álcool, ativando o desejo de mudar o comportamento problemático.
McCrary, BS, et al	2011	What do women want? Alcohol treatment choices, treatment entry and retention	Estudo analítico, transversal, com amostragem intencional	Os resultados sugerem que as barreiras à terapia de casal para as mulheres com transtornos por uso abusivo de álcool precisam ser abordadas.
Barkby, H, et al	2012	To Approach or Avoid Alcohol? Automatic and	Estudo analítico, transversal,	Dependentes de álcool e controles pareados não diferiram na

		Self-Reported Motivational Tendencies in Alcohol Dependence	com amostragem intencional	aproximação e evitação de tendências automáticas desencadeadas por estímulos relacionados com o álcool
DiClemente, CC, Suzanne RD, Donovan D	2009	Predicting treatment seekers' readiness to change their drinking behavior in the COMBINE Study	Avaliação de propriedades psicométricas de escala de avaliação	Preditores de prontidão e a subescala "pontuação gera"1 indicam que uma variedade de fatores pessoais e contextuais contribuem para os candidatos a tratamento realizarem mudanças de comportamento de uma forma compreensível, mas complexa.
Manuel JK, Houck JM, Moyers TB	2012	The impact of significant others in Motivational Enhancement Therapy: Findings from Project MATCH	ensaio clínico randomizado	Relacionamentos foram observados entre pessoas segnificantes e a linguagem do cliente dentro da sessão terapêutica.
Magill M, et al	2010	interviewing with significant other participation: Assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement	Ensaio clínico randomizado	Os resultados sugerem que sessões individuais de entrevista motivacional podem ser adaptadas para incluir um impacto mínimo sobre pessoas significantes, com boa aceitabilidade do paciente.
Orford J, et al	2009	To what factors do clients attribute change? Content analysis of follow-up interviews with clients of the UK Alcohol Treatment Trial	Descritivo	Mudança de comportamento em alcoolistas foi mais frequentemente atribuída a fatores gerais do que para os fatores sociais ou motivacionais.
Hallgren, KA, Moyers, TB	2011	Does readiness to change predict in-session	Estudo analítico, transversal,	O aconselhamento para o consumo excessivo de álcool pode não estar

		motivational language? Correspondence between two conceptualizations of client motivation	com amostragem intencional	associada a prontidão para a mudança, como interpretado pelo Modelo Transteórico.
Vader, AM, et al	2010	The language of motivational interviewing and feedback: Counselor language, client language, and client drinking outcomes	Ensaio clinico randomizado	Os resultados destacam a relação entre habilidade do terapeuta em entrevista motivacional e a discurso de mudança do cliente.
Martin T, et al	2011	The structure of client language and drinking outcomes in Project MATCH	descritivo	O estudo revelou que a linguagem do cliente preparando-se para o compromisso de mudar previu resultados do consumo de álcool.
Kong G, Bergman A	2010	A motivational model of alcohol misuse in emerging adulthood	Estudo analítico, transversal, com amostragem intencional	Os resultados de testes de análise de regressão múltipla indicaram que mediadores de expectativas sociais sobre o álcool foram associados com o uso abusivo.
Segatto, ML, et al	2011	Brief motivational interview and educational brochure in emergency room settings for adolescents and young adults with alcohol-related problems: a randomized single-blind clinical trial	simples-cego	Redução do uso de álcool e de problemas relacionados com o uso de brochure educativa e entrevista motivacional.

Lau K, et al	2010	Motivation to change risky drinking and motivation to seek help for alcohol risk drinking among general hospital inpatients with problem drinking and alcohol-related diseases	Estudo analítico, transversal, com amostragem intencional	Os dados sugerem que a internação hospitalar parece ser um "momento de aprendizado, e pode ser uma ferramenta para a intervenção precoce.
Littrell J	2009	How Addiction Happens, How Change Happens, and What Social Workers Need to Know to Be Effective Facilitators of Change	Descritivo	Mecanismos como a construção de habilidades de enfrentamento são discutidas, ajudando na manutenção de novos comportamentos, ao reforçar a capacidade de auto-regulação do cérebro.
Schulz D, Kremers S, Vries H	2012	Are the stages of change relevant for the development and implementation of a web-based tailored alcohol intervention? A cross-sectional study	Estudo analítico, transversal, com amostragem intencional	A intervenção pode ser otimizada mediante a adaptação das mensagens de feedback mais precisas às necessidades de pessoas em diferentes estágios motivacionais.
Capone C, and Wood MD	2009	Thinking about drinking: Need for cognition and readiness to change moderate the effects of brief alcohol interventions	Ensaio clínico randomizado	níveis mais elevados de NFC no início do estudo foram associados com um efeito mais forte da entrevista motivacional breve sobre os resultados de consumo ao longo do tempo.
Miller WR, Johnson WR	2008	A natural language screening measure for motivation to change	pesquisa psicolinguística em linguagem natural	três fatores surgiram representando importância, capacidade e compromisso - construções que também se refletem em vários

				modelos teóricos de motivação.
Field CA, et al	2009	Construct, concurrent and predictive validity of the URICA: Data from two multi-site clinical trials	Ensaio clínico randomizado	O aumento da motivação para a mudança, medida pelos escores compostos de motivação derivada da URICA, não parece influenciar o resultado do tratamento.

Discussão

O alcoolismo representa um dos maiores problemas de saúde pública. A dependência e o uso nocivo do álcool estão presentes em 6% dos atendimentos primários, ficando somente atrás da depressão e da ansiedade, entre os problemas psiquiátricos. Estudos demonstram que 70% a 80% da população brasileira consomem bebidas alcoólicas com certa regularidade, sendo que cerca de 10%, ou seja, mais de 17 milhões de pessoas são consideradas dependentes. As influências familiares, culturais, bem como a predisposição genética são determinantes na ocorrência do vício por contribuírem para o aumento dos índices de dependência (DUARTE, 2009).

A ingestão de bebidas alcoólicas pode resultar em prejuízo físico, psicológico e social, sendo que a mortalidade é duas vezes maior entre os bebedores excessivos. Cabe destacar que os transtornos decorrentes do uso do álcool, também penalizam a família do usuário, ocasionando altos níveis de conflito interpessoal, violência doméstica, abuso e negligência infantil, dificuldades financeiras e legais, além de agravos à saúde (DUARTE 2009; PENBERTHY, 2011).

A motivação para mudar um hábito tem sido associada à adesão por parte dos pacientes a diversos tipos de tratamento, não só no alcoolismo como também em outras situações, como na obesidade e no tabagismo. A identificação das variáveis relacionadas aos estágios motivacionais se faz importante, pois tal conhecimento permitiria traçar o perfil dos pacientes, a fim de que se possa instrumentalizá-los quanto aos riscos advindos da ingestão exagerada de álcool (PENBERTHY, 2011).

A motivação pode ser conceituada como uma construção multidimensional, a qual se faz parte necessária para ocorrer uma mudança de comportamento intencional. Este conceito incluiria: preocupações sobre a necessidade de mudança, as metas e as intenções, a necessidade de assumir a responsabilidade e fazer um compromisso e perceber incentivos para transformá-los em uma mudança (BERRE, 2012).

Pessoas que participam no tratamento para o álcool ou outros problemas de drogas iniciariam o tratamento com muito diferentes níveis de motivação para a mudança. Motivação parece ser uma dimensão crítica, que leva o paciente a procurar, cumprir e completar o tratamento, bem como para fazer com êxito mudanças de longo prazo. Para tal, as qualidades como o aumento da disponibilidade de mudar e estar em um estágio mais avançado de mudança têm sido identificadas como importantes preditoras de participação no tratamento e consequente resposta (BERRE, 2012). O investimento pessoal dos pacientes e prontidão para mudar são fatores considerados pré-requisitos básicos para o sucesso do tratamento da dependência do álcool (PENBERTHY, 2011).

Pacientes dependentes de álcool que procuram tratamento podem estar em diferentes níveis de motivação, alguns deles podem prontos para mudar o comportamento e outros são ainda ambivalentes e resistentes a modificar seus hábitos pouco saudáveis (MCCRADY, 2011).

Esta heterogeneidade em nível motivacional na entrada do tratamento poderia ser explicada por uma série de fatores pessoais e contextuais, incluindo variáveis demográficas, percepção de fatores estressores, severidade percebida na dependência de álcool, consequências percebidas decorrentes do uso abusivo do álcool, comorbidade psiquiátrica, qualidade de vida e expectativas de resultado positivo do tratamento, entre outros.

Em adição a estas conclusões anteriores, a contribuição das funções cognitivas para motivação para a mudança também deve ser investigada. O conflito motivacional é fundamental para a dependência de álcool, com os pacientes relatando motivação para limitar o seu consumo de álcool, ao mesmo tempo, percebendo fissura para beber (BARKBY, *et al.*, 2012). Deve ser enfatizado o poder dos processos cognitivos automáticos, particularmente respostas automáticas provocadas por estímulos intimamente relacionados ao álcool, como determinantes no início e na continuidade do comportamento de beber (DICLEMENTE, DOYLE & DONOVAN, 2009).

A motivação também poderia ser caracterizada como uma confluência de atitudes específicas do cliente, pautadas por suas intenções e suas expectativas. Os indivíduos que iniciam o tratamento para os problemas com álcool e drogas parecem diferir significativamente em seus níveis de intenções e motivação para mudar o comportamento de beber ou uso de drogas. Além disso, parece haver um consenso crescente de que a motivação envolve múltiplas construções, incluindo as intenções, crenças, expectativas, considerações de decisão, compromisso, as intenções de implementação, eficácia e autorregulação (MANUEL, HOUCK & MOYERS, 2012).

Indivíduos com transtornos por uso de álcool são muito influenciados por seus familiares próximos e amigos. Membros da rede social podem inclusive ter um impacto positivo ou negativo sobre um alcoolista em processo de recuperação. Por exemplo, foram citados como o impulso para de procura de tratamento entre os homens com transtornos por uso de álcool (MAGGIL et al., 2010). A motivação também se revela ser modificada pela participação de pessoas significativas na rede social de indivíduos alcoolistas. Uma trama de suporte tem sido associada com melhores resultados do tratamento e manutenção de abstinência em amostras de indivíduos com uso problemático de álcool.

Além disso, entes próximos interessados têm demonstrado a sua capacidade de envolver-se na permanência para o tratamento de usuários de substâncias, reforçando a importância da abstinência. Por outro lado, as redes sociais podem agravar o uso de álcool de um indivíduo, o qual pode relacionar seu uso nocivo a uma conjuntura familiar desfavorável, especialmente quando os bebedores atuais são fortemente representados também dentro de sua rede social (MAGGIL et al., 2010; ORFORD, 2009).

Estudos de adesão neste público deveriam focar na inclusão dos chamados “outros significativos” no processo de tratamento, pois pouco se sabe sobre a influência específica que eles podem ter sobre os clientes durante as sessões de tratamento e se seus comportamentos dentro das sessões tem relação com os comportamentos do cliente nos períodos pós-tratamento (MAGGIL et al., 2010; HALLGREN & MOYERS, 2011).

A linguagem do cliente expressa durante as entrevistas com intervenções motivacionais é um importante preditor de mudança no comportamento de beber, mas há inconsistências na literatura a respeito do que os aspectos da linguagem do cliente são mais preditivos, e como estas declarações do cliente a favor ou contra a mudança podem influenciar na motivação do cliente. Se o cliente argumenta em favor da mudança, o

terapeuta poderia perceber que o que o indivíduo estaria defendendo deve ser no que acredita, aumentando assim motivação para a mudança (VADER et al., 2010; MARTIN, 2011). Alternativamente, quando o cliente argumenta contra mudança, a sua percepção de si mesmo fazendo este argumento reduz a motivação para a mudança. Isto implica que o discurso do cliente que favorece a mudança deveria prever resultados favoráveis, enquanto o discurso do cliente apoiando o comportamento alvo deveria prever a manutenção do status quo (KONG & BERGMAN, 2010).

Penberthy et al. (2011) investigaram como os fatores psicológicos, como motivação para a mudança e a busca de auto eficácia, em indivíduos dependentes de álcool em tratamento conjunto farmacológico e comportamental. Os resultados globais empíricos sobre a consistência e do grau de ligação entre os fatores motivacionais e de comportamento estariam embaralhados, em parte devido ao impacto das mudanças na motivação ao longo do tratamento e / ou características dos indivíduos que receberam a intervenção.

Reduções de consumo ocorrem e são previstas pelo aumento da motivação para mudança. Houve redução do prazer pelo ato de beber, e aumentou a confiança para se abster nesta população de indivíduos dependentes de álcool. O estudo pontua que pacientes em acompanhamento psicofarmacológico respondem melhor ao tratamento e ainda sugere mais pesquisas para se conhecer que mecanismos podem estar envolvidos nas alterações específicas estão relacionadas às mudanças em frequência e intensidade de consumo.

O mesmo grupo sugere ainda que, apesar de uma miríade de fatores estarem, implicados na etiologia de tal comportamento, os fatores explicativos mais potentes seriam as crenças avaliativas sobre o álcool, como expectativas do álcool e motivações de consumo, além das influências sociais. Muitos adolescentes que abandonaram a escola são percebidos como abusadores de álcool e outras drogas em potencial. As pesquisas avaliam a associação entre expectativas sociais frustradas e o início dos problemas relacionados ao consumo.

Para este público, os postos de pronto-atendimento podem ser bastante úteis para se iniciar uma abordagem motivacional, já que este pode ser o primeiro ambiente terapêutico frequentado pelo adolescente. Segatto et al. (2011) avaliaram a efetividade da entrevista motivacional breve e de uma brochura educativa quando aplicadas em prontos-

socorros para reduzir o abuso e problemas relacionados ao álcool entre os jovens. Os dados indicam que os ensaios clínicos controlados com entrevista motivacional breve através de brochura educativa poderiam ser de futuro interesse, e que intervenções terapêuticas para o abuso de substâncias têm sido eficazes na redução do abuso de álcool em adolescentes e jovens adultos. Os autores colocam, ainda, que intervenções mínimas breves podem ter um papel importante na saúde pública, quando aplicado em situações de emergência a extremamente populações mais vulneráveis, como adolescentes.

Lau et al. (2010) analisaram a motivação para mudar o comportamento de beber e motivação para procurar ajuda no hospital geral em pacientes internados com problemas com a bebida e as doenças relacionadas com o álcool. Os dados sugeriram que a internação parece ser uma triagem para "momento de aprendizado", em relação a mudanças de comportamento relacionadas aos problemas com a bebida.

Um aspecto importante a ser considerado relaciona-se à origem da influência da motivação, podendo ser externa (proveniente de ações coercitivas) ou interna (resultando da motivação individual) [DUARTE, 2009]. A motivação interna pode ser denominada de auto eficácia, a qual consiste na crença de cada pessoa em sua capacidade de realizar uma tarefa específica, de forma bem sucedida, no caso o consumo abusivo do álcool.

Embora uma pessoa possa estar ciente de que a mudança é desejável e que o consumo de bebidas está fora de controle, sem um caminho claro de como mudar e sem a confiança que pode tomar este caminho, iniciar a mudança estará fora de alcance (FREYER-ADAM et al., 2009).

Logo, o tratamento psicoterápico para os problemas relacionados ao consumo excessivo de álcool requer a iniciação e o desenvolvimento da motivação intrínseca para mudar o comportamento-problema, e alta motivação seria a chave para a adesão dos pacientes em tratamento clínico.

Uma estrutura para o potencial desenvolvimento de tal intervenção seria o Modelo Transteórico de estágios de mudança (PROCHASKA & DICLEMETE, 1982). Este paradigma propõe que a prontidão para mudar um determinado comportamento progride através de uma série de cinco diferentes estágios de motivação, incluindo desde momentos de abuso de substâncias e nenhuma intenção de parar de beber, passando por forte intenção de mudar hábitos, mas de atitude ambivalente, até a cessação do consumo

excessivo de álcool e adoção de estilo de vida mais saudável (PENBERTHY, 2011; BERRE, 2012). Qualquer grande mudança de vida requereria um processo, movendo-se através de estágios, firmando um compromisso antes de considerar uma mudança (FREYER-ADAM et al., 2009, SCHULZ et al., 2012).

O Modelo Transteórico distingue cinco estágios de mudança, e sugere a probabilidade de que as pessoas em diferentes estágios (ou momentos) podem exigir diferentes estratégias de intervenção, a fim de avançar para uma fase posterior. Isto significa que as atividades terapêuticas devem ser adaptadas para a fase de mudança dos indivíduos, a fim de motivá-los a adotar ou manter comportamentos saudáveis.

Certos fatores podem ser mais relevantes em certas fases do que outros, e pessoas em diferentes estágios motivacionais distinguem-se em termos de atitude, influência social e auto eficácia (CAPONE & WOOD, 2009). Estas fases não são vistas como uma progressão linear, mas sim como um ciclo através do qual um indivíduo pode mover para trás e para frente ao longo do tempo (MILLER & JOHNSON, 2008), como se fosse uma espiral de mudança na qual o paciente pode entrar em qualquer etapa ou dela sair (FIELD et al., 2009).

Na pré-contemplação, o paciente não relaciona os seus problemas com a ingestão de bebidas alcoólicas. Indivíduos nesta fase ou são ignorantes de seu problema com a bebida ou não querem parar de beber. Na contemplação, já há conscientização de que os problemas estão correlacionados com o uso do álcool, mas nada ainda é feito para resolvê-los. Os indivíduos pensam seriamente em mudar e avaliam os prós e os contras tanto do comportamento-problema como da mudança. Na preparação, aparece um projeto de mudança em que o paciente se propõe a enfrentar o problema, mas adia essa determinação, ainda que pretendam agir no futuro imediato, enquanto os indivíduos no estágio de ação. Na ação, o paciente efetivamente tenta modificar o seu hábito de beber, seu comportamento ou o ambiente, a fim de superar o problema. Ainda assim, podem sofrer recaídas (BARKBY et al., 2012).

A fase de manutenção é caracterizada por uma estabilização mudança de comportamento e evitar recaídas. Pessoas que estão em estágios mais avançados da mudança podem ter concluído as tarefas iniciais relacionadas à superação da ambivalência, a tomada de decisão e ao compromisso com um plano, e podem estar mais

motivadas para mudar seu comportamento, reduzindo seu consumo de álcool (BERRE, 2012).

O uso de medida válida de motivação para a mudança é fundamental para a compreensão do impacto potencial dessa construção nos resultados do tratamento. Tem havido um interesse crescente na forma de medir a motivação do cliente⁴¹. Uma melhor compreensão de como melhor medir a motivação para mudar e como a motivação relaciona-se com a mudança de comportamento de sucesso entre os pacientes dependentes de drogas e álcool poderia ampliar a compreensão sobre o papel da motivação no tratamento de vícios. Entre elas, a “University of Rhode Island Change Assessment” (URICA), por exemplo, é um instrumento que se baseia nos estágios de mudança do modelo e tem quatro subescalas: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção (MCCONNAUGHY et al., 1983).

Conclusão

Pesquisas sobre transtornos relacionados ao uso de álcool e teorias comportamentais relacionadas à motivação e à prontidão para a mudança de condutas vêm sendo alvo de recentes investigações, na busca de informações qualificadas que aumentem a procura e a adesão de usuários de álcool ao tratamento especializado para a dependência alcoólica.

Os dados apresentados nos estudos presentes nesta revisão apontaram vários fatores que, quando associados, poderiam favorecer a utilização de aspectos motivacionais no tratamento do comportamento adicto, entre os quais se encontram: conhecimento acerca do perfil sócio demográfico, da rede social de apoio, da linguagem expressa durante os atendimentos e a verificação do estágio de mudança de comportamento avaliada através do modelo transteórico. Conhecer melhor o funcionamento do indivíduo, e o momento no qual ele se encontra na sua relação com a bebida, é de fundamental importância para a construção de um projeto terapêutico consentâneo com suas necessidades.

Os autores apontam a necessidade de realização de novos estudos complementares nesta área, bem como a necessidade de se fomentar a utilização dos preceitos motivacionais nos serviços de saúde especializados, como abordagem fundamental no tratamento da dependência química.

Referências

- BARKBY, Helen et al. To Approach or Avoid Alcohol? Automatic and Self-Reported Motivational Tendencies in Alcohol Dependence. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 36, n. 2, p. 361-368, 2012.
- BERRE, Anne-Pascale et al. Cognitive Barriers to Readiness to Change in Alcohol-Dependent Patients. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 36, n. 9, p. 1542-1549, 2012.
- CALHEIROS, P.; ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. Avaliação da motivação para mudança nos comportamentos adictivos. **Temas em Psicologia Clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo**, 2006.
- CAPONE, Christy; WOOD, Mark D. Thinking about drinking: need for cognition and readiness to change moderate the effects of brief alcohol interventions. **Psychology of addictive behaviors**, v. 23, n. 4, p. 684, 2009.
- DECI, Edward L., & RYAN, Richard M. (1985). **Intrinsic motivation and self-determination in human behavior**. New York: Plenum.
- DICLEMENTE, Carlo C.; DOYLE, Suzanne R.; DONOVAN, Dennis. Predicting treatment seekers' readiness to change their drinking behavior in the COMBINE Study. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 33, n. 5, p. 879-892, 2009.
- DUARTE, A. L. W. P et al. Motivação de pacientes hospitalizados para evitar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 448- 454, 2009.
- EDWARDS, Griffith; GROSS, Milton M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **British medical journal**, v. 1, n. 6017, p. 1058, 1976.
- EDWARDS, Griffith; DARE, Christopher; VERONESE, Maria Adriana Veríssimo. **Psicoterapia e tratamento de adições**. Artes Médicas, 1997.

FIELD, Craig A. et al. Construct, concurrent and predictive validity of the URICA: Data from two multi-site clinical trials. **Drug and alcohol dependence**, v. 101, n. 1, p. 115-123, 2009.

FIGLIE, Neliana Buzi et al. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no Hospital Geral?. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 46, p. 589-594, 1997.

FREYER-ADAM, Jennis et al. The performance of two motivation measures and outcome after alcohol detoxification. **Alcohol and alcoholism**, v. 44, n. 1, p. 77-83, 2009.

GIGLIOTTI, Analice; BESSA, Marco Antonio. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos Alcohol Dependence Syndrome: diagnostic criteria. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. Supl I, p. 11-13, 2004.

HALLGREN, Kevin A.; MOYERS, Theresa B. Does readiness to change predict in-session motivational language? Correspondence between two conceptualizations of client motivation. **Addiction**, v. 106, n. 7, p. 1261-1269, 2011.

HUNT, Walter A. Neuroscience research: how has it contributed to our understanding of alcohol abuse and alcoholism? A review. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 17, n. 5, p. 1055-1065, 1993.

KONG, Grace; BERGMAN, Andrea. A motivational model of alcohol misuse in emerging adulthood. **Addictive behaviors**, v. 35, n. 10, p. 855-860, 2010.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD II) - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. **INPAD, São Paulo. Available in: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf. Accessed**, v. 3, 2013.

LAU, Katharina et al. Motivation to change risky drinking and motivation to seek help for alcohol risk drinking among general hospital inpatients with problem drinking and alcohol-related diseases. **General hospital psychiatry**, v. 32, n. 1, p. 86-93, 2010.

Littrell J. LITTRELL, Jill. How Addiction Happens, How Change Happens, and What Social Workers Need to Know to Be Effective Facilitators of Change. **Journal of evidence-based social work**, v. 8, n. 5, p. 469-486, 2011.

MAGILL, Molly et al. Motivational interviewing with significant other participation: Assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement. **Journal of substance abuse treatment**, v. 39, n. 4, p. 391-398, 2010.

MANUEL, Jennifer K.; HOUCK, Jon M.; MOYERS, Theresa B. The impact of significant others in Motivational Enhancement Therapy: Findings from Project MATCH. **Behavioural and cognitive psychotherapy**, v. 40, n. 03, p. 297-312, 2012.

MCCONNAUGHY, Eileen A.; PROCHASKA, James O.; VELICER, Wayne F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 20, n. 3, p. 368, 1983.

MCCRADY, Barbara S. et al. What do women want? Alcohol treatment choices, treatment entry and retention. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 25, n. 3, p. 521, 2011.

MCKAY, James R.; WEISS, Richard V. A Review of Temporal Effects and Outcome Predictors in Substance Abuse Treatment Studies With Long-Term Follow-Ups Preliminary Results and Methodological Issues. **Evaluation Review**, v. 25, n. 2, p. 113-161, 2001.

MARTIN, Tim et al. The structure of client language and drinking outcomes in project match. **Psychology of addictive behaviors**, v. 25, n. 3, p. 439, 2011.

MILLER, W.R. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. **Psychol. Bull**, v. 98, p. 84-107, 1985.

MILLER, William R.; JOHNSON, Wendy R. A natural language screening measure for motivation to change. **Addictive Behaviors**, v. 33, n. 9, p. 1177-1182, 2008.

MOOS, Rudolf H.; MOOS, Bernice S. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. **Addiction**, v. 98, n. 3, p. 325-338, 2003.

OLIVEIRA, Margareth da Silva et al. Motivational interview with alcoholics: a longitudinal study abstract. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 2, p. 261-266, 2008.

ORFORD, Jim et al. **Alcoholism. A comparison of treatment and advice, with a study of the influence of marriage**. Published for the Institute of Psychiatry by the Oxford University Press, Walton Street, 1977.

ORFORD, Jim et al. To what factors do clients attribute change? Content analysis of follow-up interviews with clients of the UK Alcohol Treatment Trial. **Journal of substance abuse treatment**, v. 36, n. 1, p. 49-58, 2009.

PAILLE, François M. et al. Double-blind randomized multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol. **Alcohol and Alcoholism**, v. 30, n. 2, p. 239-247, 1995.

PENBERTHY, Jennifer K. et al. Impact of motivational changes on drinking outcomes in pharmacobehavioral treatment for alcohol dependence. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 35, n. 9, p. 1694-1704, 2011.

PYNE, Hnin Hnin; CLAESON, Mariam; CORREIA, Maria. Gender dimensions of alcohol consumption and alcohol-related problems in Latin America and the Caribbean. World Bank Publications, 2002.

PROCHASKA, James O. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Homewood, IL: Dorsey Press, 1979.

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 19, n. 3, p. 276, 1982.

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. **Krieger Pub.**, 1994.

SCHULZ, Daniela N.; KREMERS, Stef PJ; DE VRIES, Hein. Are the stages of change relevant for the development and implementation of a web-based tailored alcohol intervention? A cross-sectional study. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 360, 2012.

SEGATTO, Maria Luiza et al. Brief motivational interview and educational brochure in emergency room settings for adolescents and young adults with alcohol related problems: a randomized single blind clinical trial. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 33, n. 3, p. 225-233, 2011.

VADER, A. M.; WALTERS, S. T.; PRABHU, G. C.; HOUCK, J. M.; & FIELD, C. A. The Language of Motivational Interviewing and Feedback: Counselor Language, Client Language, and Client Drinking Outcomes. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 24, n. 2, p. 190-197, 2010.

WADE, Carole; TAVRIS, Carol; PERDUE, Charles W. **Invitation to psychology**. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2012.

WESTERMEYER, J. Historical and social context of psychoactive substance disorder. In: FRANCES, R.J.; MILLER, S.I. (eds.). **Clinical Textbook of Addictive Disorders**. New York: Guilford Press, 1991.

Apendice D: Proposta de Artigo original com os resultados da pesquisa

Prontidão para a mudança de comportamento em alcoolistas: um estudo de seguimento

Readiness for behavior change in alcoholics: a follow-up study

Roberto Mendes dos Santos¹, Murilo Duarte Costa Lima².

¹ Médico Psiquiatra. Mestrando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Especialista em Dependência Química. Pronto-Atendimento em Saúde Mental (PASM), João Pessoa, Paraíba, Brasil.

² Médico Psiquiatra. Doutor em Medicina pela Universidade de Barcelona. Professor da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Coordenador do Núcleo Especializado em Dependência Química (NEDEQ) da Universidade Federal de Pernambuco.

*Artigo integrante da dissertação de mestrado “Prontidão para a mudança de comportamento em dependentes químicos de álcool em tratamento em CAPS AD” do programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, Brasil, 2014.

Roberto Mendes dos Santos - Rua José Faustino Cavalcanti 700, Pedro Gondim – CEP 58031-180 – João Pessoa, PB, Brasil. (83)8149-4549 e-mail: drrobertomendes@uol.com.br

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

Resumo

Introdução: a prontidão para mudança, expressa como a vontade de se inserir em um processo pessoal de adotar um novo comportamento, pode ser associada à adesão ao tratamento de alcoolistas. **Objetivo:** conhecer as características clínicas relacionadas à prontidão de alcoolistas para permanecer em tratamento. **Método:** Trata-se de estudo analítico, longitudinal, de acompanhamento de pacientes, com amostragem não probabilística do tipo intencional, realizada com 41 indivíduos dependentes químicos de álcool em tratamento em dois Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas (CAPSad) da região metropolitana de João Pessoa/PB. **Resultado:** o público foi formado, em sua maioria, de indivíduos do sexo masculino, com idade média de 44 anos, baixa escolaridade, de classificação econômica Brasil C1 e C2, desempregados, e com cerca de 24 anos de consumo alcoólico. Em relação ao estágio motivacional, a maioria dos pacientes (53,66%) encontrava-se em estado de pré-contemplação, no qual os indivíduos não enxergam a mudança como algo necessário, e apenas 7 sujeitos chegaram ao final dos três meses de pesquisa em tratamento regular. **Conclusão:** os dados obtidos demonstram a importância da identificação de fatores de modificação dos aspectos

motivacionais na construção de projetos terapêuticos mais consentâneos às necessidades terapêuticas individuais.

Palavras-chave: Alcoolismo. Motivação. Entrevista motivacional.

Abstract

Introduction: the readiness for change, expressed as a willingness to enter into a personal process of adopting a new behavior, can be associated with adherence to treatment of alcoholics. **Objective:** Knowing the clinical characteristics related to readiness for alcoholics to remain in treatment. **Method:** this is an analytical, longitudinal and of follow-up study with non-probabilistic intentional sampling, conducted with 41 alcohol dependents in treatment in two Psychosocial Centers for Alcohol and other Drugs (CAPSad) in the metropolitan area of João Pessoa/PB. **Result:** the public was comprised mostly of males, mean age 44 years, low education, economic classification Brazil C1 and C2, unemployed, and with nearly 24 years of alcohol consumption. Regarding the motivational stage, most patients (53.66 %) was in a state of pré-contemplation, in which individuals do not see the change as necessary, and only seven subjects reached the end of the three months of research regular treatment. **Conclusion:** the data demonstrate the importance of identifying modification of factors of motivational aspects in therapeutic projects better suited to the individual therapeutic needs.

Keywords: Alcoholism. Motivation. Motivational interviewing.

Introdução

O hábito de consumir drogas é uma prática humana, milenar e universal. Não existe sociedade que não tenha recorrido ao seu uso, em todos os tempos, com finalidades as mais diversas. Seja para amainar dores, para trazer relaxamento, euforia, ou mesmo para atingir níveis alterados de consciência, as substâncias psicoativas sempre estiveram presentes na evolução das sociedades (SEIBEL, 2010).

A despeito da quantidade e da qualidade da produção científica que versa sobre o assunto, há uma série de interrogações sobre o percurso que o usuário percorre até o momento do início do uso, e principalmente que fatores mantenedores foram importantes para aquele indivíduo. Em nosso meio, uma droga em específico chama a atenção da opinião pública e dos profissionais de saúde, tanto pelo número de usuários, como pelo potencial de efeitos devastadores provocados em seus usuários: o álcool.

O álcool seria fonte de sérios problemas de saúde pública, determinante de 10% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida no Brasil (MELONI & LARANJEIRA, 2004). Além disso, O 2º Levantamento Nacional de álcool e drogas (LENAD), realizado pelo Instituto nacional de Ciências e Tecnologia para políticas públicas do álcool e outras

drogas (IMPAD), publicado em 2013, mostra que 48% da população brasileira com mais de 14 anos de idade faz uso abusivo de bebidas alcoólicas, o que corresponderia a mais de 67 milhões de pessoas. Destas, 17% preencheriam critérios clínicos para dependência química de álcool (LARANJEIRA et al., 2013).

A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas direciona, como espaço mais eficaz para acolher e oferecer tratamento especializado para a dependência química, o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas (CAPSad) [BRASIL, 2003].

O Centro de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde de base comunitária, construído para acolher indivíduos com transtornos mentais graves e crônicos, além de seus familiares, incentivando iniciativas de busca de autonomia através da oferta de atendimento especializado (BRASIL, 2010). O CAPSad tem como público-alvo indivíduos com problemas clínicos secundários ao uso prejudicial de álcool e/ou de outras drogas, a partir de projetos terapêuticos pautados em terapia individual e comunitária.

Apesar da progressão do número de pessoas que fazem uso nocivo desta substância, é pequena a porcentagem de dependentes de álcool que procura tratamento. Um dos fatores que pode explicar a dificuldade para a aderência ao tratamento seria a motivação para mudar tal comportamento (FIGLIE et al., 2000).

A ideia de que as pessoas progridem através de estágios motivacionais na resolução de um problema tem se mostrado de vital importância para os profissionais que lidam com dependência química (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1994). A motivação pode ser refletida em estágios de prontidão para a mudança, e pode flutuar de uma situação para outra, sofrendo influência de fatores internos ou externos.

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, construído por James Prochaska, descreve a prontidão para a mudança a partir de estágios motivacionais pelos quais o indivíduo transita (PROCHASKA, 1979). O Modelo Transteórico foca a mudança intencional, ou seja, a tomada de decisão do indivíduo, e a mudança comportamental se tornaria um processo em que as pessoas teriam níveis diversos de prontidão para mudar.

Segundo esse modelo, no primeiro estágio da pré-contemplação, o indivíduo ignora os aspectos negativos de seu problema e não leva em conta a necessidade de ajuda; na segunda fase, de contemplação, a pessoa passa a tomar consciência de seu problema,

estabelecendo-se a ambivalência, o conflito entre o desejo conservar o comportamento e o de mudar; ao colocar em prática as primeiras tentativas de mudança, a pessoa estará no quarto estágio de ação; no último estágio, da manutenção, o indivíduo evita a recaída, modifica seu estilo de vida, e consolida suas mudanças (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1982).

O objetivo deste estudo foi identificar quais características clínicas podem fazer indivíduos ser mais susceptíveis a permanecer motivados para o tratamento em CAPSad, e quais estratégias poderiam ser desenvolvidas para potencializá-las.

Métodos

Delineamento

Este é um estudo analítico, longitudinal, de amostragem não probabilístico do tipo intencional, de acompanhamento de quarenta e um pacientes, os quais estavam a iniciar processo de tratamento em dois CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas) da região metropolitana de João Pessoa/PB: o CAPSad David Capistrano, localizado no bairro do Rangel, e no CAPSad Primavera, localizado na cidade de Cabedelo/PB.

Público-alvo

Foram convidados a participar desta pesquisa todos os pacientes usuários exclusivamente de álcool como substância de abuso, a partir dos 18 anos de idade, de ambos os sexos, que procurem tratamento nos CAPSad selecionados para o estudo e que concordem com a participação no estudo. Os critérios de exclusão foram: não ter história atual ou pregressa de uso de outra substância psicoativa de abuso e haver deficiência cognitiva que impeça a compreensão das perguntas questionadas.

Procedimento de coleta de dados

Os sujeitos, ao serem submetidos à triagem e à construção de projeto terapêutico no CAPS, foram consultados a respeito do seu interesse em participar deste estudo. Após o preenchimento de questionário com informações sócio-demográficas, verificou-se a intensidade do consumo de álcool através da aplicação de questionário *The Alcohol Use*

Identification Test (AUDIT), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (BABOR & GRANT, 1989), e traduzido e validado no Brasil por Lima et al. (2005).

Apenas para aqueles em que a dependência química de álcool fosse verificada, foi identificado o estágio de prontidão para a mudança de comportamento em três diferentes fases do tratamento - no início do tratamento, após trinta dias e após três meses de seguimento, através da escala *The University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA), desenvolvida por McConaughy & cols. (1983), e padronizada no Brasil por Figlie (1999). É uma escala que busca avaliar os estágios motivacionais de indivíduos, contendo trinta e duas perguntas divididas em quatro sub-escalas, as quais abrangem os seguintes estágios de mudança comportamental: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção.

Procedimentos de Análise estatística

Para atingir os objetivos postulados, se fez necessária a aplicação de duas técnicas estatísticas: análise descritiva e exploratória de dados e teste de associação de Fisher.

Resultados

Perfil do dependente de álcool

De um modo geral, a idade média dos pacientes foi de aproximadamente 44 anos ($\pm 9,9$ anos) com baixa escolaridade ($8,10 \pm 3,99$), das classes econômicas C1 e C2 (53,66%) e com cerca de vinte e quatro anos ($\pm 10,65$ anos) de uso de álcool. Além disso, observa-se que 80,49% dos indivíduos são homens; de cor parda (65,85%); sem relação marital (70,73%); católicos (56,10%); em geral, autônomos em suas profissões (34,15%), contudo existiu importante parcela de desempregados (39,02%); com escore médio no AUDIT de $32,73 \pm 4,44$ pontos.

Em relação ao estágio motivacional, a grande maioria dos pacientes (53,66%) encontrava-se em um estado de pré-contemplação, no qual os indivíduos não desejam ou não enxergam a mudança como algo necessário.

Pode-se afirmar inicialmente que a predisposição às mudanças (estágio motivacional) não estava associada às características de sexo, idade, cor, estado civil, anos de estudo ou anos de uso de álcool. Por outro lado, mesmo não se constatando

associações significativas, nota-se que, independentemente do grau de motivação, a maioria dos indivíduos eram homens, pardos e sem relação marital.

Para os pacientes em um estágio de pré-contemplação, a maioria tinha entre 40 e 50 anos (40,91%), com baixa escolaridade (5 a 10 anos de estudo) e com 15 a 30 anos de convivência com o álcool (50,00%).

Para os pacientes em estágio de contemplação, 75% deles tinha menos de 40 anos, metade com baixa instrução (5 a 10 anos de estudo) e a outra metade com mais de 10 anos de estudo; e com 15 a 30 anos de convivência com o álcool (50,00%).

Já para os indivíduos em estágio motivacional de ação, notou-se que mais de 90% possuía 40 anos ou mais, com mais de 10 anos de estudo (4,545%), embora uma boa parcela (45,45%) com mais de 30 anos de uso de álcool.

Por fim, o conjunto característico dos pacientes em estágio motivacional de manutenção revelou que 75% deles tinha menos de 40 anos, metade com baixíssima instrução (até cinco anos de estudo) e a outra metade com mais de 10 anos de estudo. Além disso, constata-se que todos os pacientes nesse estágio convivem com o álcool há entre 15 e 30 anos.

Caracterização do Perfil Motivacional dos Pacientes

Como forma de facilitar as interpretações, foi construído, na FIGURA 1, o mapeamento do perfil dos padrões motivacionais dos pacientes segundo as características de sexo, idade e tempo de uso de álcool. Assim, do total de avaliações, 53,66% dos indivíduos foram diagnosticados no estágio de pré-contemplação; 9,76% no estágio de contemplação; 26,83% no estágio de ação; e 9,76% diagnosticados no estágio de manutenção.

Um detalhe óbvio, mas importante, observado foi o fato de que, independentemente do estágio motivacional, e, em geral, ocorrendo com os homens, o tempo de uso de álcool foi diretamente proporcional à idade do paciente, ou seja, quanto mais velho for o indivíduo maior é o tempo de contato com a bebida.

Sendo mais específico, entre as avaliações que resultaram em um diagnóstico de pré-contemplação, 77,27% são homens com tempo de uso de bebida alcoólica

proporcional à idade; dos diagnósticos que resultaram em contemplação, metade são mulheres, todas com idades de até 25 anos e com até 25 anos de convivência com o álcool; já dos diagnósticos que resultaram em um estágio de ação, todos são homens, em sua maioria, com idades superiores a 45 anos (63,64%), tendo todos mais de 25 anos de uso de bebida alcoólica; por fim, das 4 avaliações que resultaram em um diagnóstico de manutenção, 25% são mulheres, todas com idades de até 45 anos e com até 25 anos de consumo de álcool.

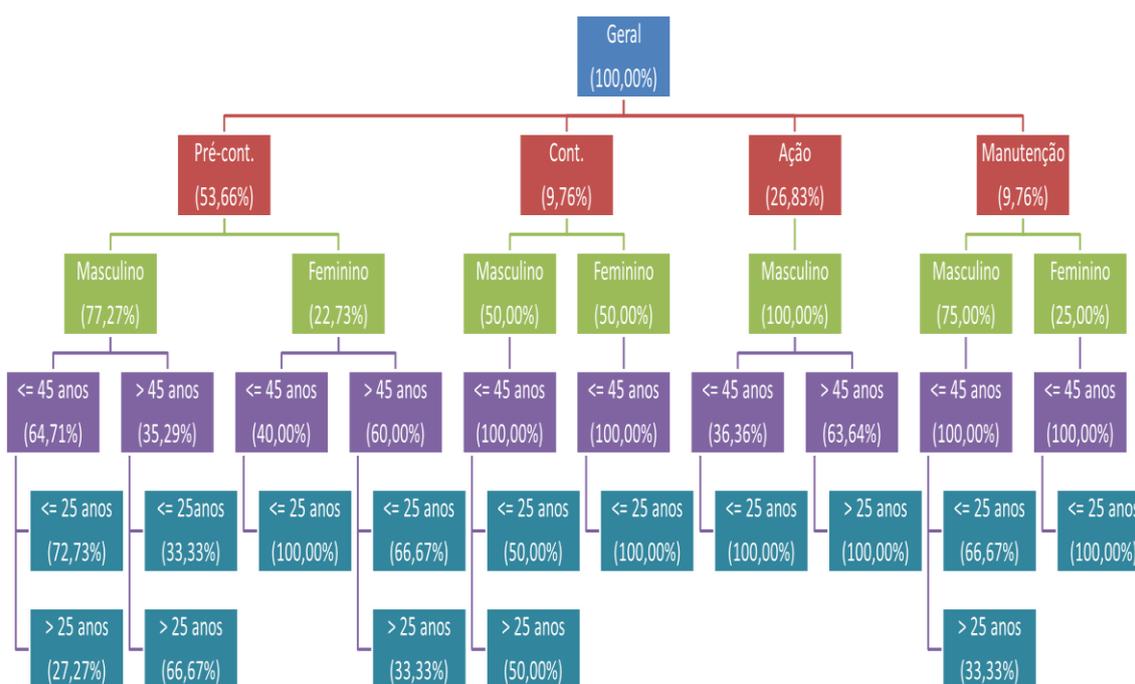


FIGURA 1: Caracterização do perfil motivacional dos pacientes, segundo o sexo, idade e tempo de uso de álcool.

Dos quarenta e um pacientes avaliados na admissão ao tratamento, apenas quinze permaneceram em tratamento pelos próximos trinta dias, e participaram de uma segunda entrevista para reconhecer seu estágio de motivação para a mudança de comportamento: sete indivíduos se mantiveram no mesmo estágio de motivação inicial; três evoluíram e cinco regrediram.

Destes quinze pacientes, ao cabo de noventa dias, apenas oito permaneceram em processo terapêutico e por conseguinte tiveram a oportunidade de ser novamente entrevistados: cinco indivíduos mantiveram o mesmo estágio motivacional, três pacientes evoluíram e nenhum regrediu. Apesar da aparente melhoria nos índices de desempenho

na terceira fase em relação à segunda fase, há de se lembrar de que tais melhoras se deram não porque houve uma evolução nos estágios motivacionais dos pacientes, mas sim porque o total de pacientes avaliados diminuiu na segunda e terceira entrevistas devido a desistência de muitos pacientes para com o estudo.



FIGURA 2: Evolução motivacional dos pacientes em função das de observação do estudo

Discussão

Em relação ao perfil sócio demográfico dos pacientes participantes da pesquisa, percebe-se maioria do sexo masculino (80,49%), dado que corrobora trabalhos anteriores que demonstram maior prevalência de atendimentos de transtornos relacionados ao alcoolismo em homens (FREITAS *et al.*, 2012; VELHO, 2010; RESENDE, 2005; FIGLIE *et al.*, 2004).

Pesquisas afirmam que mulheres procuram menos os serviços de atendimento a usuários de álcool e drogas do que os homens, por razões como o estigma social em relação ao papel da mulher pelo perfil de uso da mulher ser diferente do homem (FARIA & SCHNEIDER, 2009; SIQUEIRA *et al.*, 2005; FOTIN *et al.*, 2005). Estes achados podem indicar que as mulheres conseguiriam ocultar a dependência por mais tempo e que, por conta da forma como a sociedade enxerga a mulher alcoolista, haveria maior preocupação em relação à autoimagem ao expor-se a um tratamento no qual dividiria confidências e experiências com outras pessoas.

A maioria dos sujeitos pesquisados apresentou escolaridade menor que nove anos de estudo formal, ou seja, não chegaram a completar o que hoje seria relativo ao ensino fundamental, e muitos deles não sabem ler e nem escrever corretamente. Sérgio Velho, ao estudar o epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD de Londrina/PR, percebeu a associação entre uso de substâncias psicoativas e baixa escolaridade, e sugeriu a possibilidade para tal ocorrência seria que a ausência do conhecimento dos riscos e das consequências da utilização nociva de substâncias psicoativas pode favorecer o uso dessas substâncias (VELHO, 2010).

Além disso, serviços de saúde como o CAPS AD atenderiam uma camada social mais desfavorecida financeiramente, por se tratar de um serviço público. E, ao estudar a classificação socioeconômica dos sujeitos pesquisados, percebemos apenas 12% destes em classes mais favorecidas (A e B), e uma maioria (53%) de indivíduos nas classes médias (C1 e C2), pelos critérios da Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2012). Corroborando esta hipótese, a análise das informações laborais mostra uma maioria de indivíduos desempregados (39%), e mesmo entre aqueles os quais possuem emprego, este não teria vínculo empregatício (34%).

Em relação à situação conjugal, encontrou-se maior prevalência de alcoolistas entre aqueles que não possuem relação marital. Este achado está de acordo com Fontes *et al* (2006), ao realizar estudo de seguimento em alcoolistas em tratamento em um centro especializado, mas por outro lado se opõe aos dados encontrados por Sousa e cols. (2012), ao estudar o perfil de usuários de um CAPSad em Teresina-PI, e por Filizola e cols. (2006), em estudo que procurava compreender as consequências do alcoolismo em familiares de usuários (FONTES *et al.*, 2006; SOUSA, 2012; FILIZOLA *et al.*, 2006). Poder-se-ia postular se a ausência de um significante marital pode tornar estes indivíduos um alvo mais exposto aos estímulos reforçadores do consumo abusivo de álcool.

A família do dependente deve ser convidada e incentivada a fazer parte do processo de tratamento. Além de se fazer presente nos atendimentos clínicos, se faz imprescindível sua participação nas ações dirigidas propriamente dirigidas aos familiares. Freitas *et al.* (2012) percebe esta problemática ao sugerir melhores resultados terapêuticos naqueles pacientes com maiores vínculos familiares, o que poderia advir tanto da proteção social contra estímulos convidativos ao consumo, quanto da construção de um novo olhar em relação à dependência química, a qual poderia ser enxergada mais como doença a ser

tratada do que escolha relacionada a questões como caráter ou falta de responsabilidade com a própria vida.

Todos os indivíduos entrevistados apresentaram pontuação compatível com a dependência química quando avaliados pelo instrumento *The Alcohol Use Identification Test* (AUDIT). Isto pode demonstrar que, além de os serviços especializados estarem recebendo um público-alvo consentâneo com a gravidade clínica sugerida em seu arcabouço teórico⁴, estes serviços também estão sendo habilidosos em triar e manter em tratamento apenas sujeitos verdadeiramente dependentes químicos.

Este é o primeiro estudo nacional de seguimento a avaliar a prontidão para a mudança de comportamento e os estágios motivacionais em um ambiente de tratamento em CAPSad. Pelo papel central dado pelo Ministério da Saúde e pelas gestões em saúde de todo o país aos CAPS, chama à atenção a ausência de estudos clínicos que se aprofundem a conhecer características clínicas como as estudadas por este grupo de pesquisa, que poderiam contribuir no processo de adesão ao tratamento especializado. Desta feita, os achados clínicos neste sentido serão únicos.

Em relação ao estágio motivacional, avaliado pelo Modelo Transteórico através da *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA), a grande maioria dos pacientes (53,66%) encontrava-se em um estado de pré-contemplação, no qual os indivíduos não desejam ou não enxergam a mudança de comportamento como algo necessário. Este achado clínico chama a atenção, já que são pacientes de serviço ambulatorial especializado, sem características hospitalares ou asilares, onde o indivíduo seria impelido por forças externas a ele (familiares, trabalho, justiça, entre outros) a realizar um tratamento.

Fontes *et al.* (2006), em estudo de seguimento que avaliou o comportamento de beber entre dependentes de álcool em um ambulatório especializado em hospital universitário, encontraram a maioria dos sujeitos em estágio de contemplação, justificada pela provável associação dos problemas clínicos com a bebida que fez os pacientes perceberem a necessidade de procurar ajuda para mudar o comportamento de beber. Pesquisas realizadas sobre a motivação para a mudança em dependentes químicos hospitalizados, também verificaram que a maioria dos participantes encontrava-se no estágio de contemplação (SOUZA *et al.*, 2013; MONTEIRO *et al.*, 2011).

A predisposição às mudanças de estágio motivacional não foi associada às características de sexo, idade (faixa etária), cor, estado civil, anos de estudo ou anos de uso de álcool. De certa forma essa conclusão é compreensível, pois um indivíduo que chega ao ponto de procurar (sozinho, o que é raro, ou é levado e/ou forçado por outrem) um serviço especializado estaria adoecido do ponto de vista físico, clínico, emocional, psicológico e social, além de apresentar uma autoestima prejudicada por conta, inclusive, do longo tempo de convivência com a adicção.

Desse modo, esse conjunto de fatores corrobora para gerar um indivíduo muito resistente, em princípio, a quaisquer mudanças que lhe forem apresentadas. Nesse momento, talvez, um fator explicativo do estágio motivacional pré-contemplativo bastante interessante seria a investigação da funcionalidade e do suporte familiar recebido por esses pacientes, medido, pelo menos, na última fase do estudo.

Portanto, dos 41 pacientes avaliados na admissão, apenas 15 (36% da amostra) chegaram a ser reavaliados no período de 30 dias: sete indivíduos se mantiveram no mesmo estágio de motivação inicial, três evoluíram e cinco regrediram. Houve, então, o abandono do tratamento de 64% dos indivíduos. Com esses resultados, já seria possível afirmar que o sistema de tratamento e desenvolvimento oferecido pelo CAPS AD para cuidar do paciente dependente de álcool seria bastante ineficiente, pois não motiva os indivíduos a permanecer.

Após noventa dias de tratamento, observa-se que, de quinze pacientes avaliados no 2º momento, apenas oito indivíduos chegaram ao final da pesquisa (o que corresponde a 19% do total). Cinco indivíduos mantiveram-se no mesmo estágio motivacional e três indivíduos evoluíram; nenhum regrediu.

Evidencia-se, então, a necessidade da utilização de técnicas terapêuticas que auxiliem esses pacientes na percepção da existência de problemas e consequentes comportamentos a serem modificados e na superação de ambivalências, isto é, do conflito entre mudar e permanecer no comportamento atual. Técnicas terapêuticas fincadas na entrevista motivacional e de prevenção de recaídas poderiam auxiliar os pacientes a progredir em direção aos estágios de ação e de manutenção, estágio de maior evolução e no quais já discriminaríamos uma possibilidade de mudança.

A literatura mostra que a continuidade do tratamento para dependentes de álcool seria um percurso difícil de atingir, pois à medida que obstáculos, como recaídas e as dificuldades em abandonar a bebida falam mais alto que o desejo de não beber, poucos conseguem permanecer em tratamento sem fazer uso da bebida alcoólica, e indicam maior número de estudos clínicos que possam seguir de forma mais próxima o usuário de substâncias psicoativas, principalmente no que diz respeito à investigação dos tratamentos mais efetivos, a adoção de novas abordagens e mais alternativas de cunho preventivo (MONTEIRO *et al.*, 2011).

Ademais, pesquisas nesta temática observam que, se as práticas vigentes não têm se mostrado eficazes para manter os usuários com perfil de não adesão, dever-se-ia investir em implantar abordagens diferenciadas e mais precoces, potencializando a detecção de problemas antes do usuário ter a vida social e produtiva prejudicada pela dependência. Sugere ainda uma busca mais ativa por parte de governos e instituições de saúde mental como o CAPSad, um estreitamento em suas relações com outros programas de saúde, principalmente com o Programa de Saúde da Família (PEIXOTO *et al.*, 2010).

Considerações Finais

Os dados encontrados nesta pesquisa reforçam a dependência química de álcool enquanto problema de saúde pública, e ante essa situação o alto índice de abandono de tratamento torna-se um achado clínico preocupante.

Se faz imprescindível a busca constante de adequações das intervenções clínicas às necessidades dos dependentes de álcool por parte dos profissionais responsáveis pela montagem e pela execução dos projetos terapêuticos individuais, assim como também a identificação e a implementação de novas abordagens de motivação para se manter em tratamento mais efetivas, como por exemplo técnicas de prevenção à recaída e entrevista motivacional com o intuito de melhorar a eficácia. Através destas, seria possível quebrar resistências quanto a percepção do alcoolismo enquanto comportamento a ser modificado, além de se superar dúvidas e ambivalências no sentido de caminhar terapêuticamente rumo a um processo de mudança estruturado e duradouro.

Os dados aqui encontrados apontam para a necessidade da realização de novas pesquisas que avaliem pacientes alcoolistas, ou mesmo dependentes de outras drogas, que

poderiam enfatizar os efeitos terapêuticos da integração de abordagens que aumentem a motivação dos pacientes para o tratamento em ambiente ambulatorial especializado.

Referências

ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2012). Critério padrão de classificação econômica. Disponível em <http://www.abep.org>. Acesso em: 14 jul. 2012.

BABOR, Thomas F.; GRANT, Marcus. Project on Identification and Management of Alcohol Related Problems: Report on Phase II. A randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

FARIA, Jeovane Gomes; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009.

FIGLIE, Neliana Buzi. Motivação em alcoolistas tratados em ambulatório específico para alcoolismo e em ambulatório de gastroenterologia – dados do. 1999.

FIGLIE, Neliana Buzi et al. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil-using the AUDIT and Fagerström questionnaires. **Sao Paulo medical journal**, v. 118, n. 5, p. 139-143, 2000.

FIGLIE, Neliana Buzi et al. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 2, p. 53-62, 2004.

FILIZOLA, C. L. A.; PERÓN, C. J.; NASCIMENTO M. M. A. Compreendendo o alcoolismo na família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 660-670, dez. 2006.

FONTES, Andrezza; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento. **Revista de psiquiatria clínica**, v. 33, n. 6, p. 304-312, 2006.

FOTIN, Regina Maria Pereira; LIBRE, Andrea Temponi; MELLO, Marcelo Feijó de. Estudo da morbidade do alcoolismo na Santa Casa de Sao Paulo. **Rev. ABP-APAL**, v. 17, n. 2, p. 67-71, 1995.

FREITAS, Rivelilson Mendes; DA SILVA, Helen Rute Rodrigues; ARAÚJO, Diego Santos. Results of monitoring of users treated in the psychosocial care center-alcohol ad drugs (CAPS-AD). **SMAD Revista Electronica Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 8, n. 2, 2012.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD II) - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. INPAD, São Paulo. Available in:
http://inpad.org.br/wpcontent/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf. Accessed, v. 3, 2013.

LIMA, Carlos Tadeu et al. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005.

MCCONNAUGHY, Eileen A.; PROCHASKA, James O.; VELICER, Wayne F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 20, n. 3, p. 368, 1983

MELONI, José Nino; LARANJEIRA, Ronaldo. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 7-10, 2004.

MONTEIRO, Claudete FS et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 15, n. 1, p. 90-5, 2011.

PEIXOTO, Clayton et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 4, p. 317-21, 2010.

PROCHASKA, James O. *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey Press, 1979.

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 19, n. 3, p. 276, 1982.

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C. *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. **Krieger Pub.**, 1994.

RESENDE, Geraldo LO et al. Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. **Revista de psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 4, p. 211-217, 2005.

SEIBEL, S. D. Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas. In: S. D. SEIBEL. *Dependência de drogas*. (2ª ed.) pp. 3-10. São Paulo: Atheneu, 2010.

SIQUEIRA, Marluce Miguel de; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; SOUZA, Renata Santos de. O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool. **J. bras. psiquiatr**, v. 54, n. 2, p. 114-119, 2005.

SOUZA, Gardênia Machado. Perfil de usuários atendidos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas: possíveis relações entre comorbidades e álcool. *Revista Interdisciplinar NOVAFAP, Teresina*. v. 5, n. 2, p. 9-14, Abr-Mai-Jun. 2012.

SOUZA, Patrícia Fonseca et al. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 259-268, 2013.

VELHO, Sérgio Ricardo Belon da Rocha. *Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD, Londrina, PR*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

Anexo I: The Alcohol Use Identification Test (AUDIT)

O uso de álcool pode afetar sua saúde e pode interferir com algumas medicações e tratamentos. Por isso é importante que você responda sobre o seu uso de álcool. *Suas respostas permanecerão confidenciais.*

Por favor, responda com toda a sinceridade.

Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Com que frequência (quantas vezes por semana) você consome bebidas alcoólicas?

- Nunca [0]
- Uma vez por mês ou menos [1]
- 2-4 vezes por mês [2]
- 2-3 vezes por semana [3]
- 4 ou mais vezes por semana [4]

2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?

- 0 ou 1 [0]
- 2 ou 3 [1]
- 4 ou 5 [2]
- 6 ou 7 [3]
- 8 ou mais [4]

3. Com que frequência (quantas vezes por semana) você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

- Nunca [0]
- Menos que uma vez por mês [1]
- Uma vez por mês [2]
- Uma vez por semana [3]
- Quase todos os dias [4]

4. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber, uma vez tendo começado?

- Nunca [0]
- Menos que uma vez por mês [1]
- Uma vez por mês [2]
- Uma vez por semana [3]
- Quase todos os dias [4]

5. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

- Nunca [0]
- Menos que uma vez por mês [1]
- Uma vez por mês [2]
- Uma vez por semana [3]
- Quase todos os dias [4]

6. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido bastante no dia anterior?

- () Nunca [0]
 () Menos que uma vez por mês [1]
 () Uma vez por mês [2]
 () Uma vez por semana [3]
 () Quase todos os dias [4]

7. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

- () Nunca [0]
 () Menos que uma vez por mês [1]
 () Uma vez por mês [2]
 () Uma vez por semana [3]
 () Quase todos os dias [4]

8. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- () Nunca [0]
 () Menos que uma vez por mês [1]
 () Uma vez por mês [2]
 () Uma vez por semana [3]
 () Quase todos os dias [4]

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- () Não [0]
 () Sim, mas não no último ano [2]
 () Sim, durante o último ano [4]

10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

- () Não [0]
 () Sim, mas não no último ano [2]
 () Sim, durante o último ano [4]

RESULTADO DO TESTE (PONTUAÇÃO): ____

NOME DO RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE

DATA: __/__/____

Consumo de baixo risco ou abstinência = 0 a 7 pontos

Consumo de risco = 8 a 15 pontos

Uso nocivo ou consumo de alto risco = 15 a 19 pontos

Provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos)

Anexo II: University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)

Este questionário servirá para nos ajudar a melhorar este serviço. Cada frase descreve como uma pessoa pode se sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça uma escolha em termos do que **você está sentindo agora, e não o que você sentiu no passado ou gostaria de sentir.**

Para todas as frases que se referem ao seu problema, pense no seu **consumo de bebidas alcoólicas**. E aqui, refere-se a este local ou programa de tratamento. Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve sua opinião:

1-Discorda muito 2-Discorda 3-Indeciso 4- Concorda 5- Concorda muito

	Discorda totalmente	discorda	indeciso	concorda	Cocorda totalmente
1- No meu ponto de vista, eu não tenho nenhum problema que precise de mudança.	1	2	3	4	5
2-Eu acho que posso estar pronto para alguma melhora pessoal.	1	2	3	4	5
3- Eu estou fazendo algo sobre meus problemas que estão me incomodando.	1	2	3	4	5
4-Vale a pena trabalhar o meu problema	1	2	3	4	5
5- Não sou eu quem tem o problema. Não faz muito sentido para eu estar aqui.	1	2	3	4	5
6- Você está preocupado em voltar a ter o problema que você pensou que já tinha resolvido? () Não - Coloque e resposta "Discordo Muito" – Vá para Q7 () Sim Por isso estou aqui, para buscar ajuda.	1	2	3	4	5
7-Eu estou finalmente tomando providências para resolver meu problema. 1 2 3 4 5	1	2	3	4	5
8-Eu tenho pensado que posso querer mudar alguma coisa sobre eu mesmo.	1	2	3	4	5
9-Você tem tido sucesso em resolver seu problema?	1	2	3	4	5

<p>() Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q10</p> <p>() Sim - Mas não tenho certeza que eu possa manter este esforço sozinho.</p>					
10- Às vezes meu problema é difícil, mas estou tentando solucioná-lo.	1	2	3	4	5
11-Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	1	2	3	4	5
12-Eu espero que este lugar venha ajudar a me entender.	1	2	3	4	5
13-Eu suponho ter defeitos, mas não há nada que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
14-Eu realmente estou me esforçando muito para mudar	1	2	3	4	5
15-Eu tenho um problema e realmente acho que deveria tentar resolvê-lo.	1	2	3	4	5
<p>16-Você conseguiu mudar algo em relação ao seu problema?</p> <p>() Não- Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q17.</p> <p>() Sim – Mas não estou conseguindo dar continuidade como eu esperava ao que já tinha mudado e, estou aqui para prevenir uma recaída.</p>	1	2	3	4	5
17-Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou me esforçando para resolver meu problema.	1	2	3	4	5
18-Eu pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas algumas vezes eu ainda percebo que estou lutando com ele.	1	2	3	4	5
19-Eu espero ter mais idéias de como resolver meu problema.	1	2	3	4	5
<p>20- Você começou tentar resolver seu problema?</p> <p>() Não-Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q21.</p> <p>() Sim - Mas gostaria de receber ajuda.</p>	1	2	3	4	5
21- Talvez este lugar possa me ajudar.	1	2	3	4	5
22- Você fez alguma mudança em relação ao seu problema?	1	2	3	4	5

() Não- Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q23. () Sim - Mas eu posso precisar de um estímulo agora para ajudar a manter as mudanças que já fiz.					
23- É possível que eu seja parte do problema, mas não acho que eu seja.	1	2	3	4	5
24- Eu espero que alguém aqui possa me dar boas orientações.	1	2	3	4	5
25- Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
26- Toda essa conversa sobre psicologia é chata. Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer seus problemas?	1	2	3	4	5
27- Eu estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3	4	5
28- É frustrante, mas eu acho que posso estar tendo uma recaída.	1	2	3	4	5
29- Eu tenho preocupações como todo mundo. Por que perder tempo pensando nelas?	1	2	3	4	5
30- Eu estou tentando ativamente resolver meu problema.	1	2	3	4	5
31- Eu preferiria conviver com meus defeitos do que tentar mudá-los.	1	2	3	4	5
32- Depois de tudo que eu fiz para mudar meu problema, às vezes ele volta a me perseguir.	1	2	3	4	5

Pré – Contemplação	Contemplação	Ação	Manutenção
1-	2-	3-	6-
5-	4-	7-	9-
11-	8-	10-	16-
13-	12-	14-	18-
23-	15-	17-	22-
26-	19-	20-	27-
29-	21-	25-	28-
31-	24-	30-	32-

TOTAL:***TOTAL:******TOTAL:******TOTAL:***

	Pré- contemplação	Contemplação	Ação	Manutenção
Muito baixo	14	31	28	15
Baixo	16	32	31	19
Médio	19	33	32	22
Alto	23	35	34	26
Muito Alto	35	40	40	34

Anexo III: Critério de Classificação Econômica Brasil –Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)

O Critério de Classificação Econômica Brasil enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do Chefe da Família		
Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3a. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4a. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	3
Superior completo	Superior completo	8

Cortes do Critério Brasil	
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

Anexo IV: Aprovação da Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa

PROJETO DE PESQUISA

Título: Prontidão para a mudança de comportamento de dependentes químicos de álcool em tratamento em CAPS AD **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 05776212.6.0000.5188

Pesquisador: Roberto Mendes dos Santos

Instituição: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 93.160

Data da Relatoria: 05/09/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, tendo como pesquisador responsável Roberto Mendes dos Santos, sob a orientação do professor Murilo Duarte da Costa Lima. Ademais, há a participação de Ricardo Henrique de Sousa Araújo, membro da equipe de pesquisa. O projeto tem como objetivo identificar as características clínicas relacionadas a motivação para o tratamento da dependência química de álcool em pacientes em acompanhamento regular em dois Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad) da região metropolitana de João Pessoa/ PB. O projeto se fundamenta no Modelo dos Estágios de Mudança (PROCHASKA E DICLEMENTE, 1982), que tem se mostrado útil na compreensão de como ocorre a mudança no comportamento do alcoolista. A motivação é um estágio de prontidão para a mudança, que pode flutuar de uma situação para outra. É considerada um dos importantes fatores que pode explicar a aderência ao tratamento ao abuso de álcool. O projeto apresenta desenho metodológico longitudinal a ser realizado com usuários em tratamento em CAPSad nos municípios de João Pessoa e Cabedelo no estado da Paraíba. Os dados serão tabulados e as análises estatísticas serão realizadas pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0.

OBJETIVO DA PESQUISA

A. Objetivo Geral

Identificar as características clínicas relacionadas à motivação para o tratamento da dependência química de álcool em pacientes em acompanhamento regular em dois Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas (CAPS AD) da região metropolitana de João Pessoa/PB. B.

Objetivos Específicos:

1. Descrever o perfil dos pacientes dependentes químicos de álcool que realizam tratamento especializado nos CAPS AD especificados, determinando dados sociais e demográficos;
2. Diagnosticar a dependência química de álcool, através dos critérios elencados pelo instrumento The AlcoholUse Identification Test (AUDIT)
3. Identificar o Estágio de Mudança de Comportamento em pacientes em tratamento nos CAPS AD segundo o modelo proposto por Prochaska e Di Clemente através da University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA);
4. Associar quais características clínicas se relacionam com o maior tempo de tratamento nos CAPS AD em estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores descreveram que os participantes poderão ser expostos a possíveis riscos de constrangimento e cansaço ao responder as questões dos instrumentos de coleta de dados. Afirmam que será garantido o anonimato e sigilo das informações, como também o material da pesquisa será arquivado sob sua responsabilidade. Comprometem-se a prestar cuidados de saúde no próprio serviço, onde será realizada a pesquisa, caso sejam observados danos à saúde do participante durante os atendimentos e a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Os benefícios descritos no projeto são elaboração de projeto terapêutico individual mais adequado às queixas dos participantes, a partir de informações mais qualificadas e com mais dados sobre a doença; possibilidade de maior esclarecimento sobre a dependência química de álcool, oferecendo informações pertinentes sobre o processo de adoecimento. Além disso, poderá beneficiar a comunidade por investigar com detalhes quadros clínicos semelhantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta problemática relevante. Os objetivos encontram-se claramente definidos. O método está adequado a atender aos objetivos propostos. Descreve claramente os critérios de inclusão e exclusão da amostra. O cronograma encontra-se adequado, referindo que a etapa de coleta de dados só ocorrerá após a aprovação do C

Comitê de Ética em Pesquisa. O orçamento indica os custos relacionados a pesquisa, estando os pesquisadores responsáveis pelos mesmos. O termo de consentimento livre e esclarecido encontra-se em forma de convite, com linguagem clara, que possibilita o entendimento do participante. São descritos os procedimentos para coleta dos dados, riscos e benefícios, como também o contato do Comitê de Ética e dos pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador responsável anexou folha de rosto, projeto de pesquisa, termo de consentimento livre e esclarecido, carta de anuência e currículo da equipe de pesquisa. Os termos encontram-se assinados e carimbados conforme orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Face ao exposto, sugere-se a aprovação do protocolo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão para início da coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, por meio de ofício impresso, após a entrega do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE.

RECIFE, 10 de Setembro de 2012

Anexo V: Carta de Anuência da Prefeitura de João Pessoa/PB

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção à Saúde
Gerência de Educação na Saúde - GES



João Pessoa, 25 de Julho de 2012

Processo: 13.134/2012

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada **“PRONTIDÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS DE ÁLCOOL EM TRATAMENTO EM CAPS AD”**, a ser desenvolvida por **ROBERTO MENDES DOS SANTOS**, sob a orientação da **PROF. DR. MURILO DUARTE DA COSTA LIMA**, está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a esta rede e seus serviços, fica condicionada a apresentação à Gerência de Educação na Saúde (GES), a Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

Sem mais,

Atenciosamente,

Roberto Mendes dos Santos
Gerência de Educação na Saúde

Gerência de Educação na Saúde

Anexo VI: Carta de Anuência da Prefeitura de Cabedelo/PB

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELLO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Vimos por meio desta, autorizar a realização da pesquisa titula: **“Prontidão para a mudança de comportamento de dependentes químicos de álcool em tratamento em CAPS AD”**, que será realizada pelo mestrando do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco **Roberto Mendes dos Santos** sobre a orientação do professor Murilo Duarte da Costa Lima.

Comunicamos que o referido mestrando está autorizado por esta Secretaria a realizar a sua pesquisa no CAPSad Primavera deste Município, tendo já obtido a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco.

Cabedelo, 04 de Outubro de 2012.

Atenciosamente,

PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELLO
Elaine Cristina Gomes do Bonfim
Diretora de Educação na Saúde
Matriculada 12324-2

Elaine Cristina Gomes do Bonfim
Diretoria de Educação na Saúde
Mat: 12324-2