

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GISELA AMORIM MARQUES PEREIRA

**Evolução dos Pacientes com Síndrome de Dependência de  
Álcool no CAPS – AD II**

**Ribeirão Preto - SP**

**2008**

**GISELA AMORIM MARQUES PEREIRA**

**Evolução dos Pacientes com Síndrome de Dependência de  
Álcool no CAPS – AD II**

Dissertação apresentada ao Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, Nível Mestrado. Inserida na Linha de Pesquisa “Uso e Abuso de Álcool e Drogas”.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.  
Orientadora: Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon

**Ribeirão Preto - SP**

**2008**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação  
Serviço de Documentação  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Pereira, Gisela Amorim Marques

Evolução dos pacientes com síndrome de dependência de álcool no caps – ad II/ Gisela Amorim Marques Pereira; orientadora: Sandra Cristina Pillon.

Ribeirão Preto, 2008

165 p.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Departamento de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica, 2008.

1. Uso de Álcool. 2.Tratamento. 3.Avaliação de serviço. 4 ASI.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Gisela Amorim Marques Pereira

### **Evolução dos Pacientes com Síndrome de Dependência de Álcool no CAPS – AD II**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Nível Mestrado. Inserida na Linha de Pesquisa “Uso e Abuso de Álcool e Drogas”.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

Prof.Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que mais amo na vida.

Quero dividir o cumprimento de mais esta etapa de minha vida com o meu marido **Francisco**, que sempre caminhou ao meu lado, com respeito e compreensão e mesmo nos momentos mais difíceis, com seu incondicional amor, soube acolher minhas incertezas e com muito carinho soube me apoiar e tranquilizar não só na árdua trajetória desse estudo, mas principalmente, na jornada da vida.

Aos meus amados filhos, **Letícia, Lucas e Felipe**, preciosos tesouros que Deus me confiou, me enchendo de alegria e amor, os quais souberam com muita compaixão compreender a importância desse estudo, dividindo o precioso tempo de convívio com a mamãe, com as incessantes pesquisas, buscas bibliográficas e reuniões de trabalho. Amo muito vocês.

A fonte original de minha vida: minha querida e saudosa mãe **Hilda** – quem, por certo, hoje comemora comigo das alturas a alegria de mais esta conquista - e a meu pai **Syldio**, que mesmo distante compartilha comigo esta vitória. Aos meus queridos e amados irmãos, **Sildinho, Vadinho, Carlos** (in memoriam), **Cris e João**, pela torcida e palavras de acolhimento que sempre me deram. Meu carinho e eterna gratidão.

## **AGRADECIMENTOS**

Acima de tudo agradeço a **Deus** pela dádiva da vida, pelos caminhos que me iluminou.

À **profa. Dra. Sandra C. Pillon**, que com muita paciência e carinho me orientou, incentivou, acolheu minhas idéias, somando-as com as suas e com sua capacidade e competência como mestre, soube me introduzir no universo científico e principalmente por seu caráter e carinho, sei que levo comigo uma “grande” amiga. Obrigada pelos preciosos tempos que passamos juntas.

À **Marilda**, uma pessoa especial que cruzou o meu caminho, sempre acolhendo e dedicando muito amor à minha família e principalmente aos meus filhos. A você, meu eterno carinho e gratidão.

Às amigas **Verinha, Tânia, Inês, Shlomit, Gisela, Josélia, Cidinha, Cristina e Maria Célia**, que sempre me apoiaram e souberam fazer o meu coração sorrir, meu agradecimento por tê-las sempre por perto.

A Diretoria do Sanatório Espírita Vicente de Paula, em nome da **Vera** e do **Geraldo**, que acreditaram na seriedade desse estudo e a todos da equipe do CAPS – AD II, que acompanharam de perto essa nossa jornada.

Ao **Prof. Dr. Alexandre Crippa e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Pimenta de Carvalho** que compartilharam valiosas sugestões para o aperfeiçoamento desse estudo no exame de qualificação.

Ao **Prof. Dr. Felix Kessler e Prof. Dr. Flavio Pechansky** que mesmo distantes trouxeram valiosa contribuição.

À **Pós-graduação da EERP/USP** que soube com muito carinho acolher uma “Terapeuta Ocupacional” como parte de sua família, em especial o Departamento de Psiquiatria.

Aos **funcionários do Departamento de Psiquiatria, Biblioteca, Comissão de Ética** e a todos aqueles que, embora nos bastidores desempenharam papéis fundamentais para a conclusão desta pesquisa, meus mais sinceros agradecimentos.

Aos **pacientes do CAPS – AD II**, seres humanos pelos quais tenho imenso respeito e carinho, minha gratidão pela essencial e valiosa contribuição para este estudo.

## O VENTO VARRIA

O vento varria os meus sonhos  
O vento varria os meus desejos  
O vento varria meus ciúmes  
E eu continuava ali parado.

O vento varria as minhas noites  
O vento varria os meus dias  
O vento varria as minhas horas  
E eu continuava ali parado.

O vento varria os meus planos  
O vento varria os meus amigos  
O vento varria quem eu queria  
E ainda assim eu continuava ali  
Parado.

O vento varria meus estímulos  
O vento varria meus instintos  
O vento varria meus objetivos  
Mais concretos.

O vento varria tudo  
Todas as coisas  
Todas as cores  
E eu não percebia.

Hoje sinto o vento soprar  
E percebo que ele  
Como levou  
Pode trazer-me tudo de volta.”

R. J\*

\* Poesia realizada na Oficina de Escrita-Livre do CAPS-AD II - publicação autorizada pelo paciente.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Alpha de Cronbach considerando todas as questões do ASI..... 68
- Tabela 2.** Apresentação das informações sociodemográficas, segundo os usuários do CAPS - ad II (n= 35). Ribeirão Preto, SP, 2007..... 69
- Tabela 3.** Apresentação do Padrão de Consumo de Álcool na avaliação inicial, segundo os usuários do CAPS – ad II. (n=35). Ribeirão Preto, SP, 2007..... 71
- Tabela 4.** Apresentação do Padrão de Consumo de Álcool na avaliação final, segundo os usuários do CAPS - ad.II. (N=35) Ribeirão Preto, SP, 2007..... 72
- Tabela 5.** Frequência da mudança dos escores de cada domínio após a intervenção e seus respectivos intervalos de confiança..... 73
- Tabela 6.** Apresentação do modelo de efeitos mistos utilizados para as variáveis dos fatores sociodemográficos e a Área Médica, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35)..... 74

<b>Tabela 7.</b> Modelo de efeitos mistos entre os fatores sociodemográficos e o Uso de Álcool, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35).....	76
<b>Tabela 8.</b> Modelo de efeitos mistos entre os fatores sócio demográficos e a Área do Emprego/Sustento, segundo os usuários do CAPS –ad II (N=35).....	77
<b>Tabela 8a.</b> Comparações entre as médias obtidas para a variável Área do Emprego/Sustento de um tempo para o outro em cada nível da variável explicativa.....	78
<b>Tabela 9.</b> Modelo de efeitos mistos entre o padrão de consumo de álcool e a Área do Emprego/Sustento, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35).....	80
<b>Tabela 10.</b> Modelo de efeitos mistos entre os fatores Sociodemográfico e a Área do Uso de Álcool, segundo os usuários do CAPS – AD II (N=35).....	82
<b>Tabela 10a.</b> Comparações entre as médias obtidas para a variável Área do Uso de álcool de um tempo para o outro em cada nível da variável explicativa.....	83
<b>Tabela 11.</b> Modelo de efeitos mistos entre o padrão de uso de álcool e a Área do Uso de Álcool, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35).....	84

<b>Tabela 12.</b> Modelo de efeitos mistos entre os fatores sociodemográficos e a Área Família/Social, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35).....	86
<b>Tabela 12a.</b> Comparações entre as médias obtidas para a variável família/social de um tempo para o outro.....	87
<b>Tabela 13.</b> Modelo de efeitos mistos entre as variáveis do padrão de uso de álcool e o Status Família Social, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35).....	88
<b>Tabela 14.</b> Modelo de efeitos mistos entre os fatores sociodemográficos e a Área Psiquiátrica, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35).....	90
<b>Tabela 15.</b> Modelo de efeitos mistos entre o padrão de consumo e a Área Psiquiátrica, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35).....	92

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Comparação entre a Renda e a Área Médica .....	75
<b>Figura 2.</b> Comparação entre a Frequência de Uso e a da Área Médica.....	76
<b>Figura 3.</b> Comparação entre o Estado civil, o Emprego, a Renda e a Área Emprego/Sustento .....	78
<b>Figura 4.</b> Comparação entre a Frequência de Uso de álcool e a Área do Emprego/Sustento.....	80
<b>Figura 5.</b> Comparação entre Emprego, Renda e a resposta da Área do Uso de Álcool.....	83
<b>Figura 6.</b> Comparação entre Frequência de Uso, Dinheiro gasto com o uso de álcool e a Área Uso de álcool.....	85
<b>Figura 7.</b> Comparação entre o Ensino, Religião e a Área Família/Social.....	87
<b>Figura 8.</b> Comparação entre Anos de Uso e a Área Família/Social.....	89
<b>Figura 9.</b> Comparação entre Tempo, Renda e a Área Família/Social.....	91

**Figura 10.** Comparação entre a Frequência de Uso, Dinheiro gasto com o uso de álcool e a Área Família/Social.....92

## ABREVIATURAS

<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>CEBRID</b>	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>CID 10</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>DAS</b>	Síndrome de Dependência ao Álcool
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CAPS – AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
<b>NAPS – F</b>	Núcleo de Atenção Psicossocial para Fármacodependentes
<b>S U S</b>	Sistema único de Saúde
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo
<b>GAA</b>	Grupo de Acolhimento de Adolescentes
<b>GAG</b>	Grupo de Acolhimento Geral
<b>GAF</b>	Grupo de Acolhimento à família
<b>GAM</b>	Grupo de Acolhimento às mulheres
<b>DSTs/AIDS</b>	Doenças sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**PROAD** Programa de Orientação e Assistência a Dependentes

**SENAD** Secretaria Nacional Antidrogas

**SPSS** Statical Program of Social Sciense

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	21
1.1 Tratamento.....	32
1.2 A Política de Saúde Mental no Brasil.....	38
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	44
<b>3. OBJETIVO</b> .....	46
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	48
4.1 Tipo de Estudo.....	49
4.2 Local.....	9
4.3 Período e Tempo Mensurado.....	52
4.4 Amostra.....	52
4.5 Critérios de Inclusão.....	53
4.6 Critérios de Exclusão.....	53
4.7 Instrumento.....	53
4.8 Coleta de dados.....	61
4.9 Procedimento.....	61
4.10 Análise Estatística.....	
<b>5. ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	65
<b>6. RESULTADOS</b> .....	67

<b>7. DISCUSSÃO.....</b>	<b>94</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>124</b>
<b>9. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>129</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>145</b>

## RESUMO

PEREIRA, G. A. M. **Evolução dos Pacientes com Síndrome de Dependência de Álcool no CAPS – AD II.** 165f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2008.

**Objetivo:** Esse estudo teve como objetivo avaliar a evolução dos pacientes com síndrome de dependência de álcool nas dimensões sociais e de saúde.

**Metodologia:** O desenho metodológico do estudo é do tipo longitudinal e a mensuração da evolução do tratamento ocorreu por meio da abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 35 pacientes de ambos os sexos com diagnóstico de síndrome de dependência alcoólica em tratamento no CAPS - AD II de Ribeirão Preto-SP. A evolução do tratamento foi realizada por meio de duas avaliações, sendo a primeira consulta no primeiro mês e a segunda agendada para três meses posteriormente ao início do tratamento. Para a coleta de dados utilizou-se o The Addiction Severity Index – ASI, um questionário que possibilita mensurar a evolução do tratamento considerando seis áreas de maior importância da vida da pessoa. **Resultados:** identificou-se que os usuários em tratamento no CAPS - AD II são adultos, a maioria do sexo masculino, de cor branca, solteiros/separados, católicos, possui baixo nível de escolaridade, quase a metade está desempregado e os que trabalham recebem uma renda mensal entre R\$380 a R\$1000. Para a análise estatística das áreas do ASI, dos dados sociodemográficos e do padrão de uso utilizaram-se o modelo estatístico da análise linear de efeitos mistos. Desse modo, a idade, a escolaridade, o estado civil, a religião, o emprego, a renda, os anos de consumo de álcool, a frequência de uso e o valor em dinheiro gasto com o uso foram as variáveis que influenciaram na evolução do tratamento em cada área. Os resultados indicaram que a evolução do tratamento foi positiva ao longo dos três meses nas Áreas Uso de Álcool, Legal, Relação Família/Social e nas Condições Psiquiátricas. **Conclusão:** A relação entre o consumo do álcool e as consequências sociais e de saúde são complexas e multidimensionais. Avaliar a evolução do tratamento de pacientes alcoolistas de um CAPS - AD possibilitou identificar as características sociais e de saúde que podem contribuir de maneira mais apropriada no norteamto e planejamento da assistência a essa população.

**Palavra Chave:** Uso de álcool, tratamento, avaliação de serviço, ASI.

## RESUMEN

PEREIRA, G. A. M. **Evolución de los Pacientes Síndrome de Dependencia del Alcohol del CAPS – ad II**, 165f. Dissertação de Maestria – Escola de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2008.

**Resumen:** Este estudio tuvo como objetivo evaluar la evolución de los pacientes con síndrome de dependencia a alcohol en las dimensiones sociales y de salud.

**Metodología:** El diseño metodológico del estudio es del tipo longitudinal y la medición de la evolución del tratamiento ocurrió por medio del abordaje cuantitativo.

La muestra fue compuesta por 35 pacientes de ambos sexos con diagnóstico de síndrome de dependencia alcohólica en el tratamiento del CAPS-ad II de Ribeirão Preto-SP. La evolución del tratamiento fue realizada por medio de dos evaluaciones, la primera entrevista fue en el primer mes de iniciado el tratamiento y la segunda tres meses posterior al inicio del tratamiento. Para la recolección de datos de uso del The Addiction Severity Index – ASI, un cuestionario que posibilita medir la evolución del tratamiento considerando seis áreas de mayor importancia en la vida de la persona.

**Resultados:** Se identificó que los usuarios en tratamiento del CAPS-ad II son adultos, la mayoría del sexo masculino, de color blanco, solteros/separados, católicos, de bajo nivel de escolaridad, casi la mitad está desempleado y los que trabajan reciben un salario mensual entre R\$380 y R\$1000. Para el análisis estadístico de las áreas del ASI, para los datos sociodemográficos y el patrón de uso se utilizó el modelo estadístico de análisis lineal de efectos mixtos. De ese modo, la edad, la escolaridad, el estado civil, la religión, el empleo, el salario, los años de consumo del alcohol, la frecuencia de uso y el valor en dinero gasto con el uso fueron las variables que influyeron en la evolución del tratamiento. Los resultados mostraron que la evolución del tratamiento fue positiva a lo largo de los tres meses en las Áreas Uso del Alcohol, Legal, Relación Familia/Social y en las Condiciones psiquiátricas.

**Conclusión:** La relación entre el consumo del alcohol y las consecuencias sociales y de la salud son complejas y multidimensionales. Evaluar la evolución de los pacientes alcoholistas en tratamiento de un CAPS-ad permitió identificar las características sociales y de salud que pueden contribuir de manera más apropiada en la dirección y planeación de la asistencia a esa población.

**Palavra Clave:** Uso de alcohol, tratamiento, evaluación de servicio, ASI.

## ABSTRACT

PEREIRA, G. A. M. **Evolution of Patients with Alcohol Dependency Syndrome Treatment at Caps-ad II.** 2008, 165f. Dissertation (Master's Degree in Nursing). School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

**Objective:** This study aimed to evaluate the evolution of patients with alcohol dependency syndrome in terms of social and health dimensions. **Methodology:** The methodological design is longitudinal and the measurement of the treatment evolution occurred through qualitative approach. The sample was composed of 35 patients, both genders, with diagnosis of alcohol dependency syndrome in treatment at CAPS-ad II in Ribeirão Preto - SP, Brazil. The treatment evolution was measured through two evaluations, the first consultation in the first month and the second one scheduled for three months after the beginning of the treatment. The Addiction Severity Index – ASI, a questionnaire that measures the treatment evolution considering six areas of high importance in a person's life, was used for data collection. **Results:** It was identified that users at CAPS-ad II, in treatment for alcoholism, are adults, male in their majority, white, single, catholic, with low schooling, almost half of them are unemployed, and those who work have a monthly income ranging from R\$ 380 to R\$ 1000. For the statistical analysis of the socio-demographic data, pattern of use, and ASI areas, the linear mixed-effects statistical model was used. This way, age, schooling, marital status, religion, work, income, years of alcohol consumption, frequency of use, and amount of money spent in each area were the variables that influenced the treatment evolution in each area. Results indicate that the treatment evolution was positive over the three months in the areas of Alcohol Use, Legal, Family/Social Relation and Psychiatric conditions. **Conclusion:** The relation between the consumption of alcohol and social and health consequences are complex and multidimensional. Evaluating the treatment evolution of alcoholic patients in one of the CAPS-ad allowed the identification of social and health characteristics that can contribute in a more effective way in the planning and guiding the care delivered to the service's users.

**Key-words:** Alcohol use, treatment, service evaluation, ASI.

# *Introdução*

## 1. INTRODUÇÃO

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre as estratégias e intervenções baseadas em evidências para reduzir os danos relacionados ao uso do álcool, incluiu que há necessidade de uma abrangente avaliação dos problemas de saúde pública causados pelo uso abusivo do álcool e elaborou recomendações para o desenvolvimento de políticas efetivas de intervenções para reduzir os danos relacionados ao consumo (OMS, 2007).

Nesse sentido, no âmbito da saúde pública, os temas “uso, abuso e a dependência de álcool”, tornaram-se de mérito e de prioridade nas agendas governamentais com vistas ao investimento nas ações de saúde e maior aprofundamento na construção do conhecimento, seja nas práticas preventivas ou do tratamento.

De longa data, o uso do álcool e sua interface com a saúde e nas consequências sociais mudam constantemente. Nesse sentido, especialistas da OMS concluíram que a prevenção deveria ser prioritária, além disso, deveriam ser concentrados investimentos nos tratamentos e no desenvolvimento de serviços de baixo custo e com boa efetividade (OMS, 1980), mediante a ampla diversidade de problemas sociais, de saúde e sofrimento humano resultante do consumo de bebidas alcoólicas, da eficácia limitada e dos altos custos existentes nos tratamentos ou do manejo dos problemas relacionados ao beber, e a alta prevalência nas diversas partes do mundo.

Como fato bem conhecido, o uso do álcool envolve um grande número de consequências adversas nas diversas áreas da saúde física e mental, de segurança no trânsito e produtividade no trabalho e geração de violência. Dessa forma, o uso

abusivo de drogas toma proporção de um grave problema de saúde pública não apenas no Brasil, por afetar valores pessoais, políticos, econômicos e sociais. Haja vista que contribui incisivamente para o aumento dos custos sociais e gastos no âmbito da saúde, induzindo assim, a ocorrência de altos índices de acidentes de trabalho e de trânsito, fomenta a violência social, além de prejudicar de maneira significativa a produtividade dos trabalhadores, isto quando não constitui a causa primária e determinante da perda ou abandono de empregos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a). Além disso, atinge indiscriminadamente homens e mulheres, de todas as raças, classes sociais, idades, independentemente do nível de escolaridade.

Observam-se estes resultados no I Levantamento Nacional organizado por Laranjeira et al (2007) em parceria com a SENAD, em que avaliaram-se os padrões de consumo de álcool na população brasileira por meio das variáveis de frequência e quantidade de doses ingeridas. A pesquisa apontou dentre seus principais resultados que quase a metade (48%) dos brasileiros mantêm-se abstinente, a outra metade, 29% são bebedores pouco frequentes e não fazem uso pesado e 24% bebem frequentemente e fazem uso pesado de cerveja que é a bebida de preferência nacional. Indica ainda que 65% são homens e 41% mulheres com idade superior a 18 anos. Esse estudo vem confirmar a preocupação em relação ao uso de álcool no Brasil, pois entre os que bebem, o fazem num padrão de alto risco e nem sempre seguro para a saúde.

O II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em 2005, revelou que o índice de pessoas que apresentam síndrome de dependência do álcool atinge nível de 12,3% da população brasileira e 10,1% deles são

dependentes também do tabaco. Em termos de drogas ilícitas, a pesquisa identificou proporções bem menores, sem que isso signifique menor gravidade.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o uso nocivo de álcool e do tabaco apresenta maior prevalência global e por conseqüência, preponderam em significado e importância para os prejuízos que causam para a saúde pública. Corroborando a essas informações, estudos conduzidos pela Universidade de Harvard e instituições colaboradoras (Murray; Lopez, 1996), sobre a carga global de doenças, estimaram que o álcool é responsável por 1,5% de todas as mortes no mundo, bem como 2,5% do total de anos vividos ajustados para a incapacidade. Os transtornos físicos também estão incluídos nesta carga de prejuízos (cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica, etc.) e lesões decorrentes de acidentes (industriais e automobilísticos, por exemplo).

Na outra ponta do problema está a exclusão social e a escassez até então de um aporte de política de saúde, de forma histórica e constante, às pessoas com transtornos mentais, dentre elas os dependentes de substâncias psicoativas, o que indica a necessidade de apresentação de modelos explicativos que direcionam os programas assistenciais e que contemplem a complexidade do atendimento a essa população, portanto, por se tratar de um tema de notável complexidade, concorre uma diversidade de aportes teórico-práticos de intervenções e tratamentos, conseqüentemente com diversas modalidades terapêuticas.

Nesse sentido, a literatura sobre as ações e os discursos relativos às drogas e as conseqüências para a sociedade apresenta-se de forma abundante e a produção concentra-se na explicação e influência de vários momentos históricos.

Segundo Nowlis (1975) todos esses modelos explicam cada um com suas características definidoras, as relações entre o indivíduo, substância e contexto.

De acordo com Pillon, Luís (2004), da leitura dos grandes estudos que aglutinaram as diferentes percepções da sociedade sobre o uso do álcool e outras substâncias psicoativas em modelos, apresentou que os modelos podem ser resumidos em um grupo de cinco, que vão desde o modelo médico ou de doença, modelo moral, modelo ético legal, modelo psicológico ou psicossocial, ao modelo sociológico ou sócio-cultural. Alguns, como os originados das vertentes psicológico-comportamentais, sobriedade, caracterológico, condicionamento, aprendizagem social, cognitivo-comportamental e sistêmico - podem ser inseridos no modelo psicológico ou psicossocial. Os autores descreveram que esses modelos foram se originando nas tentativas de explicar o uso de substâncias psicoativas pelas populações ao longo da história (RASSOL, 1997; ALLEN, 1993; MANSON et al., 1994).

No Brasil, especificamente entre as autoridades da justiça percebe-se o modelo jurídico-moral que se embasa na Lei (legal e ilegal), o que é inofensivo e o que é perigoso, tentando criar mecanismos de controle, dando ênfase às repressões e campanhas educativas contra as drogas.

Já no modelo médico, enfatiza-se a importância das pesquisas científicas, com o risco de cair em uma visão reducionista, que tem como paradigma o modelo das doenças infecciosas. O enfoque não está em saber a legalidade ou não da substância, mas sim se é ou não capaz de causar dependência.

No modelo psicossocial, a ênfase está nas relações do indivíduo com a droga, levando em questão a função que a droga tem naquele indivíduo, preocupando-se com a individualização e a implicação específica de cada paciente.

Com o modelo sociocultural, acredita-se que cada sociedade define o uso de drogas e os usuários. As modificações no padrão do uso de substâncias ocorrem em

decorrência das pressões ligadas às relações de poder, como uma forma de adaptação, desvio, reação e outros.

Frente ao exposto, no estudo de revisão de Pillon, Luis (2004), os modelos assistenciais para o uso do álcool e outras drogas, atualmente mais utilizados em nosso meio e que têm contribuído para modificações desse comportamento, baseiam-se no modelo médico, centralizado nas formulações da psiquiatria (hospitalização, medicalização), havendo possibilidade de abertura para o contexto da saúde pública (Programa Saúde da Família e Redução de danos, trabalhos comunitários). As autoras concluíram que não existe apenas um modelo a seguir para o planejamento de cuidados oferecidos na área da dependência de drogas. Essa prática, muitas vezes, emerge, alternada e direcionada de acordo com as necessidades de repostas aos problemas de saúde das populações, pois está diretamente ligada ao sistema de saúde e centrada nos cuidados gerais de saúde. Por isso mesmo, nem sempre tem atendido as especificidades dos usuários de substâncias psicoativas.

No entanto, baseando-se na prática assistencial e em dados científicos observa-se que é pouco comum encontrar ações que adotam um único modelo (NOWLIS, 1979). Na ausência e na impossibilidade de oferecer uma única proposta de modelo assistencial, conclui-se que existem abordagens diferenciadas e pontuais, que levam em conta a população afetada, a gravidade do problema apresentado pelos pacientes e também os profissionais envolvidos, cuja somatória direciona conseqüentemente para quais modelos serão implantados.

Por fim, é de fundamental importância que na abordagem assistencial aos usuários de drogas deva ter uma combinação contemplando a abordagem médica (tratamento dos sintomas, comorbidades, síndrome de abstinência, etc.); abordagem

Psicológica (Terapias comportamentais cognitivas, Terapias psicodinâmicas/interpessoais, Terapia conjugal e familiar, Intervenções breves) e a Psicossocial.

Diante de toda a complexidade que envolve o uso e a dependência de álcool e de drogas, as técnicas terapêuticas a serem utilizadas no manejo dos pacientes em tratamento, exigem abordagens diferenciadas e variadas, levando-se em consideração o indivíduo em sua singularidade psíquica e biológica, a droga eleita e a relação estabelecida entre seu uso e o contexto sócio ambiental do paciente (SILVEIRA,1996a).

Como visto nos modelos explicativos que justificam as causas e as conseqüências para o uso do álcool e das drogas e ainda divergem e direcionam de maneiras diferenciadas o seu manejo, também existem diversas denominações para o uso e abuso e mesmo para classificar a dependência. Frente ao exposto, para facilitar a leitura e promover a unificação dos termos e uma melhor compreensão dessa questão torna-se necessário abordar os conceitos mais recentes sobre o uso, abuso e dependência do álcool.

Mediante as definições apresentadas por Laranjeira, Surjan (2001) “o uso está voltado a qualquer consumo de substância buscada como fonte de prazer, independente da freqüência e da intensidade” (uso esporádico e episódico). Considera-se abuso ou uso nocivo um consumo associado a conseqüências adversas recorrentes e significativas, um consumo excessivo e constante. Por fim, nas definições de Edwards, Marshall, Cook (2005a) a dependência significa um relacionamento alterado entre a pessoa e a sua forma de beber. No entanto, um indivíduo pode começar a beber por diversas razões, e quando fica dependente muitas dessas razões ainda estão presentes e não necessariamente são eliminadas pelo fato supra-adicionado da dependência. Mas agora, a dependência no entanto,

oferece razões para o beber que são verdadeiramente supra-adicionadas, e que podem dominar as muitas razões para o beber e beber pesado. Nesse sentido, a dependência torna-se um comportamento que se auto-mantém.

Entretanto, a dependência é uma realidade clínica importante, e compreender suas implicações torna-se de fundamental importância por parte dos profissionais de saúde, para que esse possa lidar com problemas relacionados com bebidas EDWARDS, MARSHALL, COOK 2005a. Esses autores acreditam que existe uma fronteira muito delicada entre o beber normal e o abusivo, porque muitas vezes o bebedor “moderado” se envolve em situações de risco tão graves quanto às pessoas que bebem com maior frequência e poucas dessas pessoas apresentam crítica ao uso que faz e se expõem em constantes riscos.

Além do mais, as interpretações de que a dependência é tudo, deve ser dada com muita cautela, pois muitos pacientes com problemas relacionados ao beber não apresentam síndrome de dependência. Nesse sentido, existe uma boa razão para o reconhecimento da presença da dependência em todos os seus graus. O que ainda nas palavras de Edwards Marshall, Cook (2005a), uma abordagem mecanicista do diagnóstico da dependência é insuficiente.

Para não rotular todas as pessoas (Edwards; Marshall; Cook, 2005a), como referência ao uso do álcool, ou tudo ou nada, ou todos são dependentes ou ninguém é dependente de álcool, ou mesmo a dependência está presente ou ausente, o autor ressalta a necessidade do desenvolvimento da habilidade do profissional ser capaz de reconhecer as sutilezas de sintomatologias que revelarão não apenas se esta condição está lá, mas se existe e o grau de seu desenvolvimento. Em caso em que não se reconhecem os graus de dependência, não ocorrerão conseqüentemente os ajustamentos das abordagens individualizadas e personalizadas a cada paciente, o

que poderá promover uma visão da dependência como uma entidade fixa, da qual presumivelmente sofrem todas as pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool, para quem o objetivo comum deve ser a abstinência total, e o tratamento oferecido, universalmente intensivo. O autor conclui que essa habilidade é muito importante para o desenvolvimento de um julgamento discriminante, capaz de perceber o grau de dependência em cada caso, de identificar a meta racional de tratamento para aquela pessoa e de propor o tratamento adequado para cada problema específico do indivíduo.

O conceito da síndrome é usado na medicina para designar um agrupamento de sinais e sintomas, que nem todos os elementos estão presentes em todos os casos, mas o quadro deve ser suficientemente regular e coerente para permitir seu reconhecimento clínico e distinção entre síndrome e não síndrome (EDWARDS, MARSHALL, COOK, 2005a).

Na revisão desses autores, a existência da dependência do álcool já era evidente para os observadores mais sagazes há muitos anos. A exemplo desses fatos, Trotter em 1804, Kerr 1888, mas foi na década de 1970 que enunciou-se uma detalhada descrição clínica dentro de um modelo de síndrome (EDWARDS, GROSS 1976, EDWARD et al 1977). Assim, Edwards, Gross (1976) sugeriram que a observação clínica revelava um repetido agrupamento de sinais e sintomas em certos bebedores pesados, ainda, que a síndrome existisse em graus de severidade, e não como um absoluto categórico, que sua apresentação poderia ser moldada por influências patoplásticas em vez de ser concreta e invariável, e que a dependência do álcool deveria ser distinguida conceitualmente dos problemas relacionados ao álcool. Sobremaneira, este postulado de síndrome clinicamente derivado foi designado

naquele estágio apenas como provisório, e a validade de síndrome precisava ser determinada dentro da tradição de pesquisa geral da taxonomia psiquiátrica.

Edwards (1986) descreveu os caminhos que levaram a validade da síndrome, e que seguindo a descrição original, a pesquisa testou múltiplos aspectos da sua validade. Os estudos, por exemplo, buscaram determinar a homogeneidade interna da síndrome e o grau em que co-ocorriam os elementos postulados (Stockwell et al 1979, 1983, Feingold, Rousanville 1995), e as questões relacionadas de validade de constructo (Heather, Hollnick, Winston 1983) e validade concorrente (Stockwell et al 1983; Caetano, 1993) e validade preditiva (HODGSON, RANKIN, STOCKWELL 1979; RANKIN et al 1982). Na revisão, o autor referiu que essa pesquisa recebeu estímulo a partir de experimentos de campo conduzidos com bases para a preparação do CID-10 e do DSM-IV (GRANT et al 1992; ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 1994; COTTLER, PHELPS, COMPTON 1995).

Dessa forma, o autor ressalta que a conclusão global a ser tirada deste corpo de pesquisa já extensivo é que a síndrome é uma realidade, e não uma quimera do olho clínico. Esse fato não significa que todos os elementos estão igualmente vinculados à síndrome em termos psicométricos. Na perspectiva científica, alguns elementos podem ser redundantes e encontraram-se dificuldades para operacionalizar elementos, como o estreitamento do repertório, a mudança subjetiva e a reinstalação (COTTLER et al., 1995). O que para Edwards, Marshall, Cook (2005a) consideram tais condições, a descrição original da síndrome parece ser uma formulação razoavelmente próxima da realidade clínica (BABOR et al., 1990) e satisfatoriamente validada.

Dessa maneira, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) estabeleceu critérios e descreveu os seguintes sinais e sintomas do CID-10 para estabelecer diagnóstico para a Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA):

- 1) Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância.
- 2) Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos do seu início, término ou níveis de consumo.
- 3) Um estado de abstinência fisiológico quando o uso de substância cessou ou foi reduzido, evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância ou uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
- 4) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são obtidas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- 5) Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para recuperar-se dos seus efeitos.
- 6) Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, tais como, dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estado de humor depressivo conseqüentes ao período de consumo excessivo de substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga; devem-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza ou extensão do dano.

Um diagnóstico definitivo da Síndrome de Dependência deve ser feito se três ou mais desses critérios forem detectados, de acordo com a OMS.

## 1.2 TRATAMENTO

No campo da Saúde mental, percebeu-se que quando se refere à compreensão e tratamento da dependência de álcool e drogas na revisão da literatura, o assunto foi pesquisado por diversas linhas e abordagens (Silveira, 1996a, Laranjeira, 1996, Edwards, 2005b, Ramos, Woitowitz 2004), mas estudos internacionais apontaram que existem alguns indicadores que contribuem para uma melhor aderência e evolução dos pacientes no tratamento (MACCAUL, SVIKIS, MOORE, 2001).

Os principais avanços na avaliação e no tratamento dos dependentes de álcool permitem aos profissionais de saúde uma variedade de ajustes mediante as evidências científicas mais eficientes para atenuar os problemas relacionados ao álcool, tais como: avaliação detalhada e proposta específica de tratamento (Abou-Saleh, 2006), tratamento das emergências médicas e acompanhamento farmacológico quando há indicação (Edwards, 2005b), gerenciamento do caso e monitoração da evolução por profissionais envolvidos (Figlie e Laranjeira, 2004), abordagem multidisciplinar (OMS 2007a, MS 2004a), entrevista motivacional (Bordin, Figlie e Laranjeira, 2004) e orientação familiar (FIGLIE, PILLON, 2001).

Nenhuma abordagem de tratamento é efetiva para todos os indivíduos com problemas com a bebida (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990). Assim, Edwards, Marshall e Cook (2005g) levantam a questão de que se alguns tratamentos sejam melhores que os outros, mas quais tratamentos funcionam? Nesse sentido, em sua revisão, apontou que nos estudos de Miller, Hester (1986) o fato de que a efetividade dos métodos de tratamento amplamente utilizados nos programas de tratamento do

álcool, especialmente nos Estados Unidos, não era apoiado por pesquisas controladas. No entanto, métodos de tratamento, com eficácia comprovada na época, não eram comumente empregados nos ambientes de tratamento. Nessa revisão, ainda, o autor ressalta, que como uma indicação útil, mas a luz das evidências, o julgamento sobre qual o tratamento funciona deve ser objeto de constante estudo. Pois, existe uma diferença entre nenhuma evidência de eficácia e (por exemplo, os AA) a evidência controlada de que um tratamento é melhor do que nenhum tratamento. Nessa alegação simples, a escolha do tratamento deve, sempre que possível ser baseada em pesquisas, no entanto, o autor enfatiza que não se pode deixar que um **cienticismo** incestuoso iniba esforços do terapeuta que está tentando ajudar um paciente em circunstâncias difíceis e únicas.

Nesse sentido, a possibilidade de variedades de abordagens, não é necessariamente ruim, uma vez que permitem que de qualquer maneira uma abordagem ou a soma delas possa contribuir na resposta das necessidades de diferentes populações com um modelo terapêutico mais apropriado. Edwards, Gross (1976) concordam que o dependente de álcool, não se apresenta com uma condição sempre igual, portanto, não tem como universalizar o tratamento, mas é necessário respeitar caso a caso, avaliar e oferecer as melhores intervenções terapêuticas, que pode ser desde um aconselhamento breve até um atendimento psicoterapêutico de longa duração.

No entanto, a dependência, por atingir de forma gradativa vários aspectos da vida do paciente, com notável caráter complexo, requer um tratamento abrangente, que possibilite ao menos minimizar ou buscar tentativas de resoluções para os seus inúmeros problemas conseqüentes do uso das substâncias; problemas estes que se traduzem em prejuízos para a saúde, trazendo ainda como conseqüência sérios

problemas familiares, dificuldades para que ele possa manter o seu próprio sustento e daqueles que o cercam, sendo que às vezes, também o leva a enfrentar problemas para com a justiça.

A literatura (Silveira, 1996b; Focchi, Leite, Laranjeira, Andrade, 2001; Ramos e Woitowitz, 2004) aponta como consenso que não existem métodos extraordinários e únicos que fundamentem que um tratamento é melhor que o outro, mas que as melhores práticas que devem ser usadas, a priori são as baseadas em evidências, já que foram testadas e apresentam resultados mais confiáveis. Em paralelo a isso, novas abordagens devem ser testadas e avaliadas.

Diante desta complexidade, temos em vista que as intervenções e procedimentos terapêuticos exigem abordagens diferenciadas, manejos terapêuticos variados, levando-se em questão o indivíduo, com sua singularidade psíquica e biológica, sem desprezar o tipo da droga eleita e seu contexto sócio-ambiental.

De forma geral, a disponibilidade de serviços e programas especializados destinados ao atendimento dos usuários de álcool e drogas varia desde a assistência ambulatorial à hospitalar. Destacando-se ainda os ambientes “não médicos” dentre os quais estão os grupos de auto-ajuda e as comunidades terapêuticas, que de forma estrita não podem ser caracterizados como um “ambiente de tratamento”, mas que desempenham papel importantíssimo de ajuda para aqueles que os procuram.

Dessa forma, Silveira (1996b) assinala que os limites para que se tenha um consenso sobre qual seria a melhor abordagem em detrimento de outras, esbarra na falta de critérios do que é considerado melhor ou o que é “recuperação”, pois tais critérios são extremamente variáveis, o que compromete, e às vezes inviabiliza a comparação entre os diversos modelos terapêuticos assistenciais. Nesse sentido,

estes impasses têm dificultado o desenvolvimento de instrumentos que avaliem a efetividade do tratamento, frente às divergências apontadas entre os estudiosos.

Quanto aos pacientes do ambulatório especializado, estudos mostram crescente evidência de que a eficácia do tratamento ambulatorial pode ser comparável a modalidades de tratamentos mais intensivos (Bottlender, Soyka, 2005), como a internação, ao menos para subgrupos de dependentes de álcool, mas, tendo em vista que os resultados desse estudo não são animadores, torna-se imprescindível a busca constante de adequação das intervenções às necessidades dos dependentes, como também a identificação e a implantação de novas abordagens de tratamento.

Estudos de seguimento e revisão mostram que os programas de tratamento para dependentes de álcool têm tido sucesso modesto (Orford, Edwards, 1977; Paille et al., 1995; Edwards, Dare, 1997; Moss e Moss, 2002 e 2003), com baixos índices de abstinência e altos indicadores de abandono do tratamento.

Por outro lado, existem abordagens que utilizam como referência de recuperação a abstinência, que se caracteriza pela "renúncia voluntária" à satisfação de um desejo ou necessidade (LALANDE, 1993). A esse respeito, Ramos, Woitowitz (2004) afirmam que quando se opta em utilizar a abstinência como parâmetro de avaliação de sucesso e efetividade do tratamento, os resultados de estudos a longo-prazo, demonstram que em 25 anos, os usuários não obtiveram melhoras, pois a maioria recaiu.

Em termos científicos, as pesquisas apontam para estudos realizados principalmente nos anos 70 por Orford, Edwards (1977), Moos, Moos (2002 e 2003), de que a média de abstêmios encontrados em diversos ambientes de tratamento gira em torno de 20% a 29%.

No estudo de Fontes, Figlie e Laranjeira (2006) ressaltou-se que os estudos de seguimento procuram observar a história natural das doenças ou o grau de sucesso de abordagens terapêuticas instituídas, desse modo, são importantes ferramentas de pesquisa.

O estudo de seguimento de George Vaillant com usuários de álcool é o mais antigo e conhecido na área das dependências químicas. O pesquisador já publicou diversos artigos sobre as diversas etapas do seu seguimento, nas quais, entre outras informações relevantes, relatou alta taxa de mortalidade e abstinência estável mais freqüente a partir da dependência do que do abuso (VAILLANT, 2003).

No Brasil, Bernik, Andrade, Godim, Nicolela, Negro Junior (1989) conduziram uma pesquisa de avaliação em que se estudou a eficácia terapêutica em seguimento de pacientes ambulatoriais por seis meses e seus resultados foram muito semelhantes aos da literatura internacional, ao indicarem uma variação entre 12% a 25% de abstinência nos ambientes de tratamento.

A abstinência então, quando se trata em lidar com singularidades tão diversas de dependentes, com escolhas e possibilidades individuais tão pessoais, não pode ser o único objetivo a ser alcançado. Neste ponto a abordagem da redução de danos dá ênfase à necessidade de priorizar cuidar de vidas humanas e oferece uma prática de saúde que considera as diversidades e singularidades de cada usuário, priorizando, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado e o que deve ser feito, sempre estimulando a motivação e o envolvimento dos mesmos na condução das propostas terapêuticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Existe uma ampla busca para avaliar a efetividade do tratamento, não só pelos pesquisadores brasileiros, e também no âmbito global, mediante a presença de diferentes abordagens e inúmeras variáveis na forma de tratar; porém o que se tem

disponível é um cenário em que é praticamente impossível de se estabelecer comparações, de modo, a identificar, quais abordagens ou intervenções apresentam melhor funcionamento.

Ao abordar o tratamento para os problemas conseqüentes do uso do álcool, o U.S. Department of Health and Human Services (1986) define que este compreende “uma gama de serviços que incluem a avaliação diagnóstica; aconselhamento; cuidados médicos; psiquiátricos e psicológicos, além de serviços sociais para pacientes com esses problemas. As atividades de tratamento envolvem intervenções após o desenvolvimento e manifestação do abuso do álcool e dependência com o objetivo de deter o progresso ou prevenir doenças ou morte associadas às condições clínicas”.

Esse órgão descreve que o tratamento é composto basicamente por dois elementos, sendo o primeiro, o procedimento terapêutico (as intervenções) e o processo terapêutico; portanto é da somatória e da combinação desses procedimentos e processos terapêuticos que se obterá o melhor tratamento, pois vão interagir de uma forma mais complexa.

Edwards, Marshal, Cook (2005c) acredita que “a recuperação de um problema com a bebida é, em geral, mas não universalmente, associada com uma conseqüente melhora na saúde, no funcionamento social e na qualidade de vida” (DUCKITT et al.; 1985; VAILLANT, 1995).

Dessa forma, todos os esforços despendidos para o tratamento da dependência de substâncias visam melhorar o nível de saúde e a qualidade de vida do indivíduo (RUSH, 2003). Acredita-se que a recuperação deve ser medida ao avaliar a melhora nas condições de vida, de saúde e no funcionamento sócio-familiar. As evidências mostram que para um grave nível de dependência, a abstinência quase

que inevitavelmente resultaria numa melhor recuperação, porém há muitas pessoas que conseguem uma boa adaptação à vida mesmo não chegando a ficarem totalmente abstêmios.

Frente ao exposto, entendemos os conceitos de dependência e o uso de substâncias psicoativas e os modelos de tratamentos utilizados, porém precisamos contextualizar a atual Política Nacional para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, para que assim, a abordagem sobre o tema possa ser realizada efetivamente e visualizada num contexto que melhor represente nossa realidade.

### **1.3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Como se sabe, historicamente, a política de saúde mental no Brasil sempre foi deficitária, especialmente em relação à assistência aos usuários e dependentes de álcool e de drogas, mas na última década, avanços consistentes foram conquistados. Observa-se que ao longo da história, sua atuação sempre esteve enfocada na assistência psiquiátrica tradicional hospitalo-cêntrica, e marcada por violação dos direitos humanos e pela qualidade empobrecida dos serviços oferecidos aos usuários, tendo como meio de tratamento o modelo de segregação e hospitalização.

Ao longo do tempo este cenário foi transformando-se com o processo da Reforma Psiquiátrica, e o Ministério da Saúde (2004a) adotou medidas para formatar e normatizar novos serviços de saúde mental, priorizando o tratamento não segregário e com uma abordagem interdisciplinar.

Para isso, oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 (29 de Janeiro de 1992), criaram-se propostas e diretrizes para a assistência em saúde mental. Foram então repensadas as organizações de serviços baseadas nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integridade das ações, diversidade e método de técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial para a garantia da continuidade da atenção nos vários níveis, equipe interdisciplinar para a assistência, enfoque na participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução, definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da portaria e pelo controle e avaliação dos serviços realizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Dessa forma, a Política de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas tem como objetivo proporcionar tratamento na atenção primária, garantindo assim o acesso aos medicamentos, além da atenção a comunidade/família/usuários, formação de recursos humanos, criação de vínculos com outros setores, monitoração da saúde mental na comunidade, oferecer apoio ao desenvolvimento de pesquisas e estabelecimento de programas específicos, assim, estas práticas devem ser, obrigatoriamente, garantidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Para tanto, no sentido de normatizar a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação da rede de atenção. A Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, já definia as normas e diretrizes para a organização de serviços substitutivos que prestam assistência em saúde mental, denominados Centros de Atenção Psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

O serviço substitutivo – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)-é um serviço comunitário que tem como papel cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais no seu território de abrangência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Os Centros de Atenção Psicossocial seguem alguns princípios básicos, tais como: devem se responsabilizar pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos mentais de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Assim, os serviços substitutivos denominados pela Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, de Centros de Atenção Psicossocial são serviços definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional que se constituem nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, os quais deverão estar capacitados para realizar atendimento a pacientes com transtornos mentais em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. A diferença que ocorre no funcionamento dessas três modalidades de serviços se dá no número de participantes da equipe, área de abrangência e funcionamento dos turnos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Ainda, nesta portaria aparece a estrutura para os Centros de Atenção que deverão compor a rede de atenção aos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, denominados de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, na modalidade II – CAPS ad II, como exemplo o de Ribeirão Preto, SP. Estes Centros devem ser organizados para acolher

peças a qualquer momento do dia e responsabilizar-se pela demanda no âmbito de seu território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Para o Ministério da Saúde (2004a), estes dispositivos devem realizar articulações com todas as demais áreas da saúde, da educação, da justiça e social. A assistência prestada deve incluir as mais diversas modalidades terapêuticas que abrangem o atendimento individual; grupal (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); oficinas terapêuticas executadas por profissionais de nível médio ou nível superior; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social e desintoxicação.

Ainda, nessa portaria fica estabelecida a forma de acompanhamento dos pacientes que pode ser intensivo, semi-intensivo e não intensivo de acordo com a gravidade do problema apresentado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

É necessário um esclarecimento sobre a necessidade da definição de estratégias específicas de enfrentamento que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos, levou o Ministério da Saúde a instituir no âmbito do Sistema Único da Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, por meio da Portaria GM/MS 816, programa este a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Em suma, o governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades

Psiquiátricas em Hospital Geral – como também, incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, fortalecer o programa “De volta para Casa”, manter um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Ainda, para o Ministério da Saúde (2004c), mediante o cenário atual houve a tendência de reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária. O entendimento das questões sobre o álcool e outras drogas como problema de saúde pública e a ratificação das diretrizes do Sistema Único de Saúde pela Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 e a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001 são prioridades no atual governo.

Assim, os desafios para o Ministério da Saúde estão centrados em fortalecer políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtorno mental de alta prevalência e baixa cobertura assistencial; consolidar e ampliar a rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania; implementar uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e desemprego e aumentar recurso do orçamento anual do Sistema Único de Saúde para a Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Os Centros de Atenção Psicossocial designados CAPS ad, já somam mais de 115 em todo o território nacional, sendo notória, ainda, a carência dos serviços

frente à demanda. Neste sentido, o Ministério da Saúde tem como prioridade a implementação desses serviços, assegurando a determinação de expansão da rede de atenção e na cobertura do Sistema Único de Saúde, no que se refere aos usuários de álcool e outras drogas, numa perspectiva coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, o qual cabe ao indivíduo ser protagonista do seu próprio processo terapêutico e, conseqüentemente, construir a sua cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE MENTAL, 2004b).

*Justificativa*

## **2.0 JUSTIFICATIVA**

A constatação das graves conseqüências que o uso do álcool gera para a saúde pública no Brasil e no mundo, justifica por si só a necessidade de que cada vez mais se realizem avaliações das várias formas e modelos de assistência aos usuários de substâncias psicoativas, de modo a detectar as suas reais necessidades e oferecer abordagens de tratamento mais articuladas, além de contribuir no planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool e outras drogas.

O conhecimento científico evoluiu muito nos últimos anos no que se refere ao uso de substâncias psicoativas e suas conseqüências. O Ministério da Saúde tem se empenhado no sentido de adotar ações políticas eficazes para reduzir os índices de problemas relacionados ao consumo das substâncias psicoativas, porém ainda há muitas questões a responder, principalmente aquelas decorrentes das diversidades de modelos e concepções de tratamento. Em suma, uma questão de tal complexidade deve pautar-se na assistência, no ensino e na pesquisa, para que haja um incremento do conhecimento da temática, com reflexos positivos na ação dos profissionais que atuam nesta área. Parte-se do princípio de que ao avaliar, todas essas nuances possibilitarão a obtenção de dados científicos que possam vir a sistematizar a prática ou mesmo a nortear e/ou confirmarem o planejamento de ações voltadas para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

*Objetivo*

### **3. OBJETIVO**

O presente estudo tem como objetivo avaliar a evolução do paciente com diagnóstico de Síndrome de Dependência de Álcool nas dimensões social, profissional e biológica, em dois momentos do tratamento, sendo na primeira consulta e após o terceiro mês.

Nesse contexto vem à tona a pergunta que nos dá o direcionamento para o presente estudo:

O que mudou na vida do paciente após o início do tratamento do CAPS-AD II?

- Hipótese 0 : efeito nulo - não mudou nada na vida do paciente após o início do tratamento.
- Hipótese 1 : efeito positivo – houve mudanças na vida do paciente após o início do tratamento com melhora do caso.
- Hipótese 2: efeito negativo – houve mudanças na vida do paciente após o início do tratamento com o agravamento do caso.

# *METODOLOGIA*

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

O desenho metodológico do estudo é do tipo longitudinal e a mensuração da evolução do tratamento ocorreu por meio da abordagem quantitativa.

### **4.2 Local**

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS - ad II) de Ribeirão Preto, SP.

Selecionou-se este local por ser um CAPS - ad II cadastrado no Ministério da Saúde, reconhecido por ser uma rede central e de referência na área de álcool e drogas no município.

Retomando aos aspectos históricos, o antigo Núcleo de Atenção Psicossocial para Farmacodependentes de Ribeirão Preto hoje denominado Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras drogas II (CAPS - ad II), foi um dos primeiros serviços de assistência aos usuários de álcool e drogas no Brasil, subsidiado e descrito na Política Nacional de Atenção Integral em Álcool e outras

Drogas e pela necessidade de um serviço especializado e de referência para a rede de saúde mental em Ribeirão Preto. Foi incentivado por uma modalidade terapêutica não segregatória e não centrada nos critérios de inclusão e exclusão.

O CAPS-AD II foi criado no Sanatório Espírita Vicente de Paulo em Ribeirão Preto – SP, em 1996, em parceria com a Prefeitura Municipal. Conveniado com o SUS, está integrado à rede de atendimento de saúde do Município, que são a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da USP, Unidade de Desintoxicação do Hospital Santa Tereza e outras unidades básicas de saúde do município.

Este serviço oferece atendimento desde o nível de assistência intensivo ao não intensivo aos usuários de todas as faixas etárias, de crianças a idosos, de ambos os sexos. O atendimento é realizado por uma equipe interdisciplinar composta por psicólogo, terapeuta ocupacional, médico psiquiatra e clínico, enfermeiro, assistente social, professor de educação física, equipe de apoio e mestre de capoeira, que trabalham de modo integrado e com uma proposta terapêutica em comum.

O usuário chega ao serviço por demanda espontânea ou por meio de encaminhamento da rede. Sua inserção ocorre pelo Grupo de Acolhimento, que é destinado aos pacientes que chegam pela primeira vez ao serviço, aos que freqüentam regularmente o programa terapêutico e aos “ex-pacientes” que retornam, se preciso em outros momentos.

Atualmente existem quatro modalidades de Grupo de Acolhimento que atuam separadamente: grupo de acolhimento geral para adultos (GAG), grupo de acolhimento para adolescentes (GAA), grupo de acolhimento para familiares (GAF) e grupo de acolhimento geral para mulheres (GAM).

O GA é oferecido num total de onze vezes por semana, envolvendo os três períodos do dia e cada encontro tem a duração de uma hora.

Caracteriza-se por um grupo aberto, não possui número definido de participantes que variam entre 03 e no máximo de 15 pessoas, independente do gênero e da droga utilizada.

A participação do usuário ocorre de forma espontânea, não se exige um número de frequência nas reuniões, o paciente é livre para participar nos GAG. Interconsultas são realizadas caso haja necessidade de atendimento por problemas mentais ou físicos em caso de urgência, nestes casos o atendimento médico é realizado imediatamente.

Após a frequência em média de 03 a 05 participações no grupo, agenda-se uma consulta psiquiátrica. Na organização de serviço existe um grupo de discussão de casos clínicos por parte da equipe e elaboração de um Programa Terapêutico, além da discussão das facilidades e dificuldades de cada caso. Todo usuário do serviço possui um profissional de referência, que desenvolve um contrato terapêutico específico e acompanha de maneira individual e personalizada.

As atividades terapêuticas oferecidas no Programa Terapêutico estão centradas principalmente em atividades grupais, as quais, além do Grupo de Acolhimento, são também compostas por Psicoterapia Individual/Grupal, Terapia Ocupacional, Oficinas Terapêuticas (prevenção em DSTs/AIDS, expressão artística, mosaico, bem-estar, horta, vídeo, papel reciclado, culinária, escrita livre, capoeira, recreação musical, jornal vivo, contos, relaxamento, consciência corporal, entre outras), Avaliação Nutricional e atividades esportivas e recreativas. Também, integram o programa as consultas psiquiátricas e consultas clínicas (avaliação geral e encaminhamentos para as especialidades quando necessário).

### **4.3 Período e Tempo Mensurado**

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2007 a fevereiro de 2008. As entrevistas foram realizadas em dois momentos, sendo a primeira (o pré) na primeira consulta do tratamento, ou seja, no acolhimento do paciente no tratamento e a segunda (o pós) foi reaplicada nos mesmos sujeitos, no período de três meses após a primeira entrevista, por meio de um agendamento.

A opção por este período de tempo ocorreu mediante a leitura de estudos sobre a análise de recaídas que demonstraram que os índices de melhora iniciam-se após um período de 90 dias, após o início do tratamento (HUNT, BARNETT, BRANCH, 1971). Frente à possibilidade dessa melhora pode-se deduzir que é possível avaliar a evolução do tratamento por meio das mudanças nos aspectos pessoal, social/ familiar, profissional e biológico do paciente, após decorrido este período.

### **4.4 Amostra**

Ao todo, de 175 pacientes que procuraram o primeiro atendimento entre janeiro de 2007 a fevereiro de 2008 foram selecionados ao acaso 35 pacientes com diagnóstico de síndrome de dependência alcoólica.

#### **4.5 Critérios de Inclusão**

Incluíram-se no estudo, os pacientes de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, que apresentavam Diagnóstico de Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA) de acordo com os critérios CID 10, avaliados por meio de uma entrevista e a análise de prontuário.

#### **4.6 Critérios de Exclusão**

Excluíram-se do estudo, os pacientes que apresentavam retardo mental grave, sintomas psicóticos evidentes, prejuízos cognitivos severos, deficiência auditiva ou dependente de outras substâncias psicoativas, além dos que não concordaram com a pesquisa.

#### **4.7 Instrumento**

Para avaliar a evolução ao longo do tratamento utilizou-se o instrumento ASI – The Addiction Severity Index (apresentado no Anexo 1), que originalmente foi desenvolvido para o planejamento do tratamento, utilizado mundialmente e também utilizado para outros problemas de saúde (CASTEL, FORMIGON 1990).

É um questionário composto por 148 perguntas, divididas em 6 áreas, sendo: 1) estado físico composto por 11 itens; 2) emprego e sustento composto por 24 itens;

3) uso de álcool e drogas composto por 27 itens, 4) situação legal composto por 30 itens, 5) situação familiar e social composto por 27 itens, 6) saúde mental composto por 22 itens; informações gerais composto por 7 itens.

O tempo estimado para a aplicação do questionário é aproximadamente de uma hora e meia.

Atualmente, este instrumento está em sua sexta versão utilizado para avaliar a evolução do tratamento dos pacientes com dependência de substâncias psicoativas. O questionário foi desenvolvido por McLellan et al., em 1979, inicialmente no Center for Studies of Addiction na Filadélfia, EUA (KESSLER, PECHANSKY, 2006). O desenvolvimento do ASI decorreu de um projeto elaborado na Universidade da Pensilvânia pelos doutores ARTHUR I., ALTERMAN, J. S., CACCIOLA E THOMAS MCLELLAN.

De acordo com McLellan (2000) as mensurações são apropriadas para a avaliação de mudanças e têm mostrado confiabilidade e validade adequadas como critério de medida da evolução.

No Brasil, a versão foi traduzida para o português por Castel, Formigoni (1990), esses autores descreveram que a ASI é a mais conhecida e desenhada para a avaliação do tratamento das dependências, para mensurar as mudanças ao longo do tratamento nas referidas áreas.

Em 2005 a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), reconheceu a importância do ASI e recentemente financiou a sua validação no Brasil (ASI-6), por meio de um convênio entre a comunidade científica coordenada por Felix Kessler e Flávio Pechansky e o Governo Federal, por meio da SENAD. As autoras do presente estudo participaram do treinamento para sua validação na versão brasileira, bem como solicitaram pessoalmente a autorização para sua utilização para os autores originais.

Na aplicação da ASI utilizava-se para cada uma das áreas, uma composição de duas notas: uma dada pelo paciente e outra pelo entrevistador, essa avaliação devido sua subjetividade e dificuldade de avaliação foi modificada e não foi utilizada no presente estudo. Dessa forma, estudos apontaram diversas falhas decorrentes da interpretação subjetiva de cada entrevistador, que pode variar e comprometer a real interpretação da avaliação (KESSLER, PECHANASKY, 2006). Quanto às propriedades psicométricas, existem avaliações da confiabilidade entre teste e re-teste e consistência interna, assim como validade de conteúdo, preditiva, concorrente e de construto. Esses estudos foram realizados em diferentes países e populações (DONOVAN, 1995, CASTEL, FORMIGONI, 1990).

A pontuação é construída através dos escores-compostos, ou seja, é determinada por meio da compilação das respostas identificadas em cada área, baseando-se no período de 30 dias anteriores: médica, emprego e sustento, uso de álcool, situação legal, situação da relação familiar e social e saúde mental (MCGAHAN, GRIFFITH, PARENTE, MCLELLAN 1986).

### **Pontuação para a Composição da Área Médica**

Este valor é determinado através da resposta de três questões:

- A. Em quantos dias você apresentou problemas de saúde nos últimos 30 dias?
- B. Quanto você foi incomodado ou atrapalhado por esses problemas de saúde nos últimos 30 dias?
- C. Qual o grau de importância que o tratamento para esses problemas de saúde tem para você agora?

O valor, então, foi determinado por: **A/90 + B/12 + C/12**

### **Pontuação para a Composição da Área de Emprego e Sustento**

Este valor é encontrado por meio de quatro questões:

- A. Você tem a carteira de motorista válida?
- B. Você possui um automóvel disponível para o seu uso?
- C. Quantos dias você foi pago para trabalhar nos últimos 30 dias?
- D. Qual a quantia de dinheiro você recebeu nos últimos 30 dias?

O Valor, então, é determinado por:  **$(A/4 + B/4 + C/120 + \log D/36)$**

### **Pontuação para a Composição da Área de Uso de álcool**

Seis questões foram usadas para determinar este valor:

- A. Quantos dias fez qualquer uso de álcool nos último 30 dias?
- B. Quantos dias fez uso de álcool para intoxicação nos últimos 30 dias?
- C. Quantos dias, durante os últimos 30, você apresentou problemas com álcool?
- D. Quanto você foi incomodado ou se aborreceu nos últimos 30 dias com problema de álcool?
- E. Agora, qual a importância para você de tratamento para problemas com álcool?
- F. Quanto você diria que gastou nos últimos 30 dias com álcool?

O valor, então, é determinado por:  **$A/180 + B/180 + C/180 + D/24 + E/24 + \log F/44.$**

## **Pontuação para a Composição da Área de Situação Legal**

Cinco questões são usadas para determinar esse valor:

- A. Atualmente você está aguardando alguma acusação, julgamento ou sentença?
- B. Quantos dias, nos últimos 30, você esteve envolvido em atividades ilegais visando lucro?
- C. Qual você acha que é a gravidade dos seus problemas legais atuais?
- D. Qual a importância para você agora de aconselhamento ou encaminhamento para esses problemas legais?
- E. Qual a quantia de dinheiro você recebeu nos últimos 30 dias de fontes ilegais?

O valor, então, é determinado por:  **$A/5 + B/150 + C/20 + D/20 + \log E/46$**

## **Pontuação para a Composição da Situação Familiar e Social**

Cinco questões são usadas para determinar esse valor:

- A. Você está satisfeito com sua situação civil?

Precisa corrigir a direção da resposta da seguinte forma:

0 (não) = 2

1 (indiferente) = 1

2 (sim) = 0

- B. Em quantos dias dos últimos 30 você apresentou conflitos sérios com sua família?
- C. Quanto você foi incomodado ou prejudicado nos últimos 30 dias por problemas familiares?
- D. Qual a importância para você, agora, de tratamento ou aconselhamento para problemas familiares?

E. A quinta variável foi baseada no ratio obtido através dessa questão:

Você teve períodos significativos, nos últimos 30 dias, nos quais apresentou problemas sérios de convivência com:

Mãe	Outro familiar significativo
Pai	Amigos íntimos
Irmãos/Irmãs	Vizinhos
Parceiro sexual/esposo	Companheiros de trabalho
Filhos	

O valor, então, é determinado por:  **$A/10 + B/150 + C/20 + D/20 + \text{ratio}/5$**

### **Pontuação para a Composição de Saúde Mental**

Onze questões são usadas para determinar esse valor:

- A. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou depressão grave?
- B. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou ansiedade ou tensão graves?
- C. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou alucinações?
- D. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou dificuldade de pensar, compreender, concentrar ou memorizar?
- E. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou problemas em controlar comportamentos violentos?
- F. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou pensamento sério de suicídio?

G. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou tentativa de suicídio?

H. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual recebeu prescrição de medicação para algum problema psicológico/emocional?

I. Quantos dias nos últimos 30 dias você apresentou problemas psicológicos ou problemas emocionais?

J. Quanto você foi incomodado ou prejudicado por esses problemas psicológicos ou emocionais nos últimos 30 dias?

K. Qual a importância para você, agora, do tratamento para esses problemas psicológicos?

O valor, então, é determinado por: **A/11 + B/11 + C/11 + D/11 + E/11 + F/11 +**

**G/11 + H/11 + I/330 + J/44 + K/44**

Para a leitura dos resultados, quanto maior a pontuação indica maior gravidade dos problemas em cada área.

Por meio de copiosa busca na literatura, de publicações que utilizaram o ASI nas pesquisas de avaliação de serviços, observa-se que o instrumento revelou-se um método eficaz de avaliação, demonstrou confiabilidade e validade não só em estudos dos EUA, mas em vários países.

Dentre as pesquisas encontradas vale ressaltar a de Nalpas et al (2006), que estudaram 45 pacientes dependentes de álcool no CCAA (*Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie*) na França e realizou-se um acompanhamento por 114 dias a 291 dias, utilizando para avaliar as evoluções o ASI. Os resultados forneceram evidências para discussão e organização do serviço e indicou que após o terceiro mês há a necessidade de manter maior nível de atenção ao longo de todo

o processo, principalmente com relação as recaídas e problemas sociais e psíquicos.

Já no Paquistão utilizou-se o ASI para avaliar pacientes usuários de heroína, os quais foram recrutados no período de Janeiro de 1992 a Março de 1993, acompanhados por um período de 5 anos no tratamento que abrangia desde intervenções de desintoxicação a formação de estratégias de enfrentamento. Ao final do período de 70 pacientes, 23% encontravam-se abstinentes , 77% tiveram recaída e 5% abandonaram o programa (MUFTII et al. 2004).

De acordo com McLellan, et al (2006), a disponibilidade pública do instrumento ASI, favoreceu várias pesquisas clínicas de álcool e droga e como foi descrito, está sendo utilizado em mais de 20 Estados e 50 cidades dos EUA. Foi traduzido para mais de 20 línguas e tem sido utilizado como norma prática e estudos de avaliação de tratamento em todos os países europeus.

Apesar do vasto material bibliográfico encontrado sobre o ASI, percebe-se que as publicações em sua íntegra são pouco disponibilizadas para o uso público, pelo difícil acesso e alto custo para sua obtenção, o que no meu ponto de vista não é interessante, pois impede as comparações dos resultados e dificulta uma padronização de valores do instrumento. Kessler, Pechansky (2006) confirma que existem falhas em se desenvolver e publicar valores normativos para grupos representativos de usuários de substâncias psicoativas por meio desse instrumento.

Para essa pesquisa foi necessária uma adaptação do questionário, foram retiradas as questões relativas ao uso de drogas, pois esse estudo exclui pacientes com uso de múltiplas drogas.

#### **4.7 Coleta de dados**

As entrevistas iniciais foram realizadas pelo pesquisador principal. A equipe de profissionais e as secretarias do CAPS - ad II foram orientadas para o recrutamento dos pacientes de acordo com os critérios de inclusão.

Decorridos três meses, as entrevistas foram aplicadas pelo pesquisador principal e o mesmo questionário foi utilizado, porém com um número reduzido de perguntas, com o tempo de aplicação de aproximadamente quarenta minutos.

#### **4.8 Procedimento**

Para o início do desenvolvimento do projeto, obteve-se uma autorização formal dos Coordenadores do CAPS - AD II de Ribeirão Preto, bem como da direção da Instituição Sanatório Espírita Vicente de Paulo (apresentada no anexo2).

Inicialmente, os pacientes que se apresentavam pela primeira vez ou retornavam para o tratamento, após abandono de pelo menos um ano, foram encaminhados para a pesquisadora, por meio de orientações realizadas pelos membros da equipe do CAPS - AD II que coordena os GAG ou pela secretária da recepção.

A pesquisadora principal realizou esse primeiro contato, quando avaliou a hipótese diagnóstica de Síndrome da Dependência do Álcool, por meio do questionário de auto-preenchimento e os critérios do CID 10, hipótese esta confirmada

após revisão de prontuário. Verificou-se, ainda, se o paciente apresentava condições cognitivas para responder as questões.

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, bem como orientados sobre os objetivos e os procedimentos para a realização da entrevista (Anexo 3). Informou-se todo participante do anonimato da pesquisa, que poderia interromper no momento que desejasse e que a pesquisa não apresentava qualquer risco físico, social ou psicológico.

Após aceitarem participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, foram devidamente orientados sobre os aspectos relacionados às questões éticas e foi lhes assegurada uma cópia.

A pesquisadora principal realizou as entrevistas, usando o questionário (ASI). O tempo estimado de aplicação foi de aproximadamente uma hora. Na segunda entrevista utilizou-se o mesmo questionário, porém com um número reduzido de perguntas.

Aplicou-se o instrumento em uma sala reservada do CAPS - AD II, para garantir a privacidade do paciente, otimizando, assim, a coleta dos dados e propiciando, ainda, uma interação mais efetiva entre o entrevistador e o entrevistado.

No terceiro mês após a primeira entrevista, os pacientes que ainda se encontravam em tratamento no CAPS - AD II, foram pessoalmente convidados a responder as questões do seguimento e aos pacientes que abandonaram o tratamento, os convites foram feitos por via telefônica ou por visita domiciliar.

#### **4.9 Análise Estatística**

Realizou-se a análise dos dados por meio de um banco de dados elaborado no programa de estatística SPSS – Statistical Program of Social Science v.8 for Windows. Realizou-se a análise das informações sociodemográficas da amostra, aplicação de testes paramétricos e não paramétricos para comparação dos tempos de aplicação do questionário durante o tratamento, baseando-se nos últimos 30 dias da aplicação inicial e os últimos 30 dias após três meses, na aplicação de seguimento.

A pontuação foi determinada por meio da compilação de respostas em cada uma das áreas: médico, emprego, uso de álcool, legal, familiar/social e psiquiátrico.

A combinação seletiva de cada item em cada área problema resultou em medidas gerais do estado do paciente em cada uma das áreas. Essas medidas são matematicamente derivadas e mostrou-se confiabilidade e validade em várias configurações.

Com o objetivo de avaliar variáveis relevantes em todas as áreas na evolução do tratamento utilizou-se o modelo linear de efeitos mistos (MCLEAN, SANDERS, STROUP 1991).

Os modelos lineares de efeitos mistos (efeitos aleatórios e fixos) são utilizados na análise de dados quando as respostas de um mesmo indivíduo estão agrupadas e a suposição de independência entre observações num mesmo grupo não é adequada. No modelo de efeitos mistos utilizado, foram considerados como efeito aleatório os indivíduos e, como efeitos fixos, as variáveis explicativas, o tempo e as suas interações com o tempo.

Esse modelo tem como pressuposto, que o resíduo obtido por meio da diferença entre os valores preditos pelo modelo e os valores observados tenha distribuição normal com média 0 e variância constante. Nos casos em que este não foi verificado, transformações nas variáveis respostas utilizaram-se. O ajuste do modelo e foi feito através do procedimento software SAS versão 9 (LITTELL , MILLIKEN, STROUP, WOLFINGER., 1996).

Utilizou-se o coeficiente alpha de Cronbach para verificar a consistência interna das áreas do instrumento. Calcularam-se os valores deste coeficiente em todas as questões das áreas (médica, trabalho, uso de álcool, situação legal, relação familiar/social e condições psiquiátricas), para testar as variáveis propostas e determinar a correlação média entre os mesmos. Sendo que quanto maior a correlação média entre as variáveis, maior será o alfa de Cronbach e isso significa que mede construtos unidimensionais. Ao contrário, quanto menor a correlação média entre as variáveis, menor alfa que mede um construto multidimensional.

Para verificar o comportamento dos indivíduos em todas as áreas do questionário ASI, descreveram-se as evoluções e avaliaram-se os valores dos escores em aumento a igualdade ou diminuição de um tempo para o outro. Para tanto, obtiveram-se as freqüências relativas a partir da comparação dos dois tempos de inquérito, assim como, seus respectivos intervalos de confiança ao nível de 95%.

A significância estatística dos testes foi levada em consideração quando o valor descritivo de  $p$  foi menor que 0,05.

*ASPECTOS ÉTICOS*

## **5. ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (anexo 3), de acordo com a Resolução 96/196 que garante o anonimato dos participantes

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, bem como orientados sobre os objetivos e os procedimentos para a realização da entrevista (Anexo 4), cuja aplicação se deu em locais adequados, que ofereceram tranqüilidade e privacidade a eles, bem como assegurou o anonimato nas entrevistas.

Todo participante foi informado que poderia interromper no momento que desejasse, encerrando a entrevista se achasse necessário e que esta pesquisa não apresenta qualquer risco físico, social ou psicológico.

Os participantes foram informados que os resultados dessa pesquisa poderão ser apresentados em eventos científicos, publicações e periódicos científicos.

Após aceitarem os termos que lhes foram apresentados, eles assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, depois de esclarecidos de todos os aspectos descritos acima, sendo-lhes assegurado o recebimento de uma cópia.

# *Resultados*

## **6. Resultados**

## 6.1 Análise Exploratória ou Estatística Descritiva

### Parte I – Coeficiente Alpha de Cronbach (Consistência Interna)

**Tabela 1.** Alpha de Cronbach considerando todas as questões do ASI.

ASI	Coeficiente
• Área Médica	0,88
• Área Legal	0,85
• Área Psiquiátrica	0,80
• Área relação Família/Social	0,76
• Área do trabalho	0,75
• Área Uso de álcool	0,69

A Tabela 1 demonstra que todos os domínios do ASI apresentaram confiabilidade interna, ou seja, Alfa de Cronbach muito bons para sua reaplicabilidade, variando entre 0,69 para a Área Uso de Álcool e 0,88 para a Área Médica.

### Parte II - Descrição das variáveis Sociodemográficas

**Tabela 2** - Apresentação das informações sociodemográficas, segundo os usuários do CAPS – ad II (n= 35). Ribeirão Preto, SP, 2007.

<b>Idade Média=46,74 (<math>\pm</math>8,42) Mín 29 - Máx 64 anos</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
• Masculino	33	94,3
• Feminino	2	5,7
<b>Raça</b>		
• Branca	18	51,4
• Negra	17	48,6
<b>Estado Civil</b>		
• Casado/amasiado	15	42,8
• Solteiro/Separado	20	77,1
<b>Escolaridade</b>		
• Ensino Fundamental	30	85,7
• Ensino Médio	3	8,6
• Ensino Superior	2	5,7
<b>Emprego</b>		
• Empregados	15	42,9
• Desempregados/Serviços Informais	17	48,6
• Aposentado	3	8,6
<b>Religião</b>		
• Católica	21	60,0
• Protestante	8	22,9
• Outras	1	2,9
• Nenhuma	5	14,3
<b>Renda Mensal</b>		
• Menos que o salário mínimo	19	54,2
• R\$380 a R\$1000	10	28,5
• Acima de R\$1000	6	17,1

A tabela 2 mostra que dentre as características sociodemográficas, os usuários do CAPS – ad II são adultos, possuem idade média de 46,74 anos ( $\pm 8,42$ ), prevalece o sexo masculino (94,3%), de cor branca (51,4%), solteiros/separados(77,1%), católicos (60,0 %), com baixo nível de escolaridade e que cursaram até o ensino fundamental (85,7%), desempregados (48,6%) e possuíam renda mensal recebendo menos de R\$380 (54,2%).

Em relação ao diagnóstico principal, 35(100%) foram diagnosticados com Síndrome de Dependência do Álcool F.10, segundo o CID-10 (critério de inclusão).

**Parte III - Descrição das variáveis relacionadas ao Padrão de Consumo de Álcool na Avaliação Inicial.**

**Tabela 3.** Apresentação do Padrão de Consumo de Álcool na avaliação inicial, segundo os usuários do CAPS – ad II. Ribeirão Preto, SP. (n=35), 2007.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Frequência de Uso</b>		
Abstinente	6	17,1
Até 2 vezes/semana	2	5,7
De 3 a 4 vezes/semana	1	2,9
Mais de 5 vezes/semana	26	74,3
<b>Idade de início do uso</b>		
Não sabe	3	8,6
5 a 12	3	8,6
13 a 17	14	57,0
18 a 25	13	37,1
Acima de 25	2	5,7
<b>Anos de uso</b>		
Não sabe	2	5,7
10 a 20 anos	3	8,6
Acima de 20 anos	30	85,7
<b>Valor gasto com o uso</b>		
Nenhum	10	28,6
R\$10 a R\$20	5	14,3
R\$21 a R\$50	9	25,7
R\$51 a R\$100	6	17,1
Acima de 100	5	14,3

Na tabela 3 observa-se que na primeira avaliação, 74,3% (26) dos usuários do CAPS – ad II apresentaram consumo de bebida alcoólica mais que cinco vezes por semana, 57%(14) iniciaram o uso da bebida com faixa etária entre 13 a 17 anos, 85,7%(30) consomem bebidas alcoólicas há mais de 20 anos e 28,6%(10) não gastaram nenhum dinheiro na compra de bebidas alcoólicas.

**Parte IV** - Descrição das variáveis do Padrão de Consumo de Álcool na Avaliação Final

**Tabela 4.** Apresentação do Padrão de Consumo de Álcool na avaliação final, segundo os usuários do CAPS - ad.II. (n=35). Ribeirão Preto, SP, 2007.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Frequência de Uso</b>		
• Abstinente	11	31,4
• Até 2 vezes/semama	4	11,4
• De 3 a 4 vezes/semana	3	8,8
• De 5 vezes/semana	7	20,0
<b>Valor gasto com o uso</b>		
• Nenhum	10	28,6
• R\$10 a R\$20	4	11,4
• R\$21 a R\$50	7	20,0
• R\$51 a R\$100	2	5,7
• Acima de R\$100	2	5,7

Na Tabela 4 nota-se que, na avaliação final, 20,0% (7) dos usuários do CAPS - ad II apresentaram consumo de bebida alcoólica mais que cinco vezes por semana e 28,6%(10) não gastaram nenhum dinheiro na compra de bebidas alcoólicas.

**Parte V - Descrição da mudança dos escores de cada domínio**

**Tabela 5.** Freqüência da mudança dos escores de cada domínio após a intervenção e seus respectivos intervalos de confiança.

<b>Áreas</b>	<b>Escore</b>	<b>Efetividade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Médica</b>	Diminui	Positiva	6	24	6,01;41,99
	Manteve	Nulidade	4	16	0,56;31,44
	Aumentou	Negativa	15	60	39,36;80,64
<b>Emprego</b>	Diminui	Positiva	9	36	15,78;56,22
	Manteve	Nulidade	5	20	3,15;36,85
	Aumentou	Negativa	11	44	23,09;64,91
<b>Uso de Álcool</b>	Diminui	Positiva	17	68	48,35;87,65
	Manteve	Nulidade	1	4	0,00;12,26
	Aumentou	Negativa	7	28	9,08;46,92
<b>Legal</b>	Diminui/melhorou	Positiva	2	8	0,00;19,43
	Manteve	Nulidade	22	88	74,31;100
	Aumentou/piorou	Negativa	1	4	0,00;12,26
<b>Família/Social</b>	Diminui/melhorou	Positiva	11	44	23,09;64,91
	Manteve	Nulidade	8	32	12,35;51,65
	Aumentou/piorou	Negativa	6	24	6,01;41,99
<b>Psiquiátrica</b>	Diminui/melhorou	Positiva	16	64	43,78;84,22
	Manteve	Nulidade	1	40	0,00;12,26
	Aumentou/piorou	Negativa	8	32	12,35;51,65

Na Tabela 5 observa-se que das áreas da ASI mensuradas no período de três meses, as que apresentaram uma hipótese positiva, ou seja, houve uma diminuição da gravidade dos problemas apresentados de um tempo para o outro, foram o uso de álcool(68%), a situação familiar/social(44%) e as condições psiquiátricas(64%).

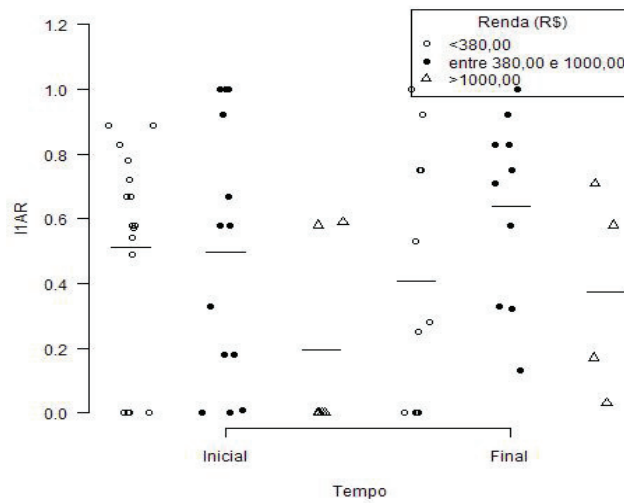
Houve hipótese negativa para as áreas médicas(60%) e de trabalho/sustento(44%) e na situação legal(88%), como não se verificaram mudanças significativas de um tempo para o outro, consideramos hipótese nula.

## 6.2 Análise Multiparamétrica

### 6.2.1 – Área Médica

**Tabela 6.** Apresentação do modelo de efeitos mistos utilizados para as variáveis dos fatores sócio demográficos e a Área Médica, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35). Ribeirão Preto, SP, 2007.

<b>Efeito</b>	<b>p-valor (Bruto)</b>	<b>p-valor (Ajustado)</b>
<i>Tempo</i>	0,45	0,55
<b>Sexo</b>	0,33	0,54
<i>Tempo*Sexo</i>	0,71	0,93
<b>Idade</b>	0,99	0,65
<i>Tempo*Idade</i>	0,98	0,90
<b>Raça</b>	0,63	0,73
<i>Tempo*Raça</i>	0,89	0,69
<b>Estado Civil</b>	0,62	0,42
<i>Tempo*Estado Civil</i>	0,35	0,36
<b>Escolaridade</b>	0,78	0,94
<i>Tempo*Escolaridade</i>	0,93	0,56
<b>Emprego</b>	0,91	0,37
<i>Tempo*Emprego</i>	0,50	0,28
<b>Religião</b>	0,26	0,15
<i>Tempo*Religião</i>	0,62	0,81
<b>Renda</b>	0,21	0,08
<i>Tempo*Renda(b)</i>	0,17	0,11

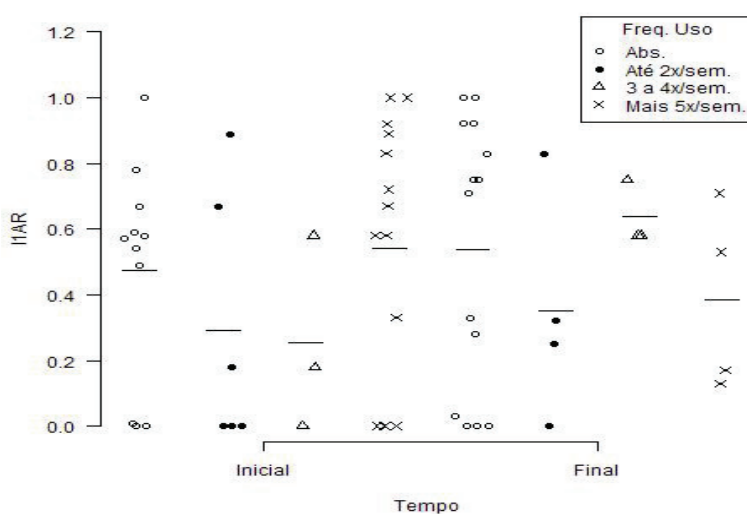


**Figura 1.** Comparação entre a Renda e a Área Médica.

Na Tabela 6 observa-se que não foi encontrada evidência de significância estatística para as variáveis que representam os dados sociodemográficos em relação às condições médicas, mas notou-se um efeito de interação forte entre tempo e renda (embora o p-valor seja de 0,11), pois na Figura 1 percebe-se que os usuários que recebem até 380 reais chegaram no tempo inicial com maiores problemas nas condições de saúde e no tempo final apresentarem índices mais elevados de melhora enquanto os usuários que recebiam acima desse valor não apresentaram melhora.

**Tabela 7.** Modelo de efeitos mistos entre os utilizados para as variáveis de padrão de consumo e a área Médica, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35). Ribeirão Preto, SP, 2007.

Efeito	p-valor	p-valor
	(Bruto)	(Ajustado)
Tempo	0,45	0,16
<b>Freqüência de Uso</b>	0,74	0,13
<i>Tempo*Freq. de Uso</i>	0,41	0,65
<b>Idade do início</b>	0,66	0,71
<i>Tempo*Idade do início</i>	0,07	0,24
<b>Anos de Uso</b>	0,81	0,80
<i>Tempo*Anos de Uso</i>	0,33	0,29
<b>Valor Gasto</b>	0,66	0,10
<i>Tempo*Valor Gasto</i>	0,42	0,46



**Figura 2.** Comparação entre a Frequência de Uso e a Área Médica.

Na Tabela 7 não se encontraram evidências significativas, porém para as variáveis pertencentes ao padrão de uso de álcool, pode-se notar na Figura 2 que os indivíduos com frequência de maior uso (mais que cinco vezes na semana) reagiram de forma positiva ao tempo, melhorando suas condições clínicas, enquanto os demais indivíduos não apresentaram melhora nas suas condições de saúde.

### 6.2.2 – Área Emprego/Sustento

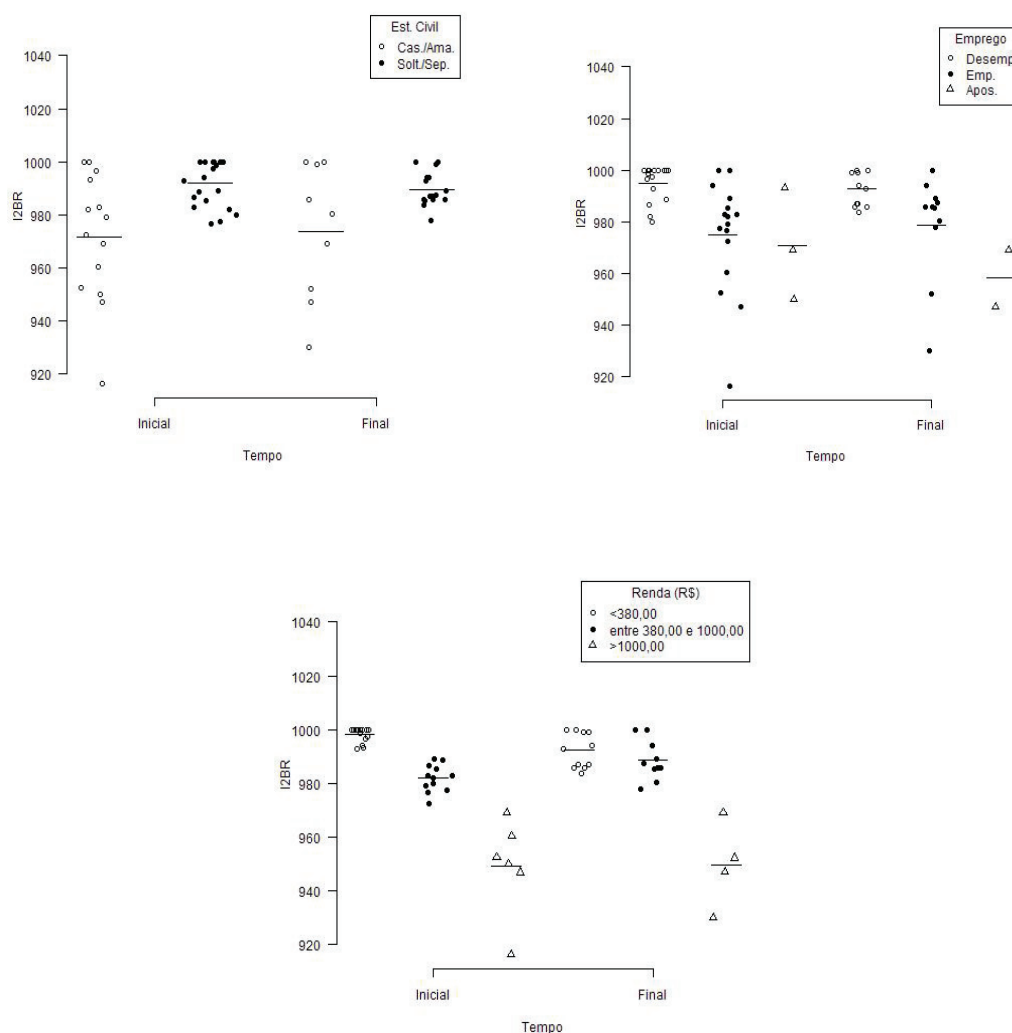
**Tabela 8.** Modelo de efeitos mistos entre os fatores sociodemográficos e a Área do Emprego/Sustento, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35). Ribeirão Preto, SP, 2007.

Efeito	p-valor	p-value
	(Bruto)	(Ajustado)
<i>Tempo</i>	0,91	0,99
<b>Sexo</b>	0,47	0,51
<i>Tempo*Sexo</i>	0,97	0,97
<b>Idade</b>	0,86	0,87
<i>Tempo*Idade</i>	0,24	0,42
<b>Raça</b>	0,16	0,94
<i>Tempo*Raça</i>	0,48	0,23
<b>Estado Civil</b>	< 0,01	0,32
<i>Tempo*Estado Civil</i>	0,32	0,47
<b>Escolaridade</b>	0,49	0,39
<i>Tempo*Escolaridade</i>	0,76	0,23
<b>Emprego</b>	< 0,01	0,11
<i>Tempo*Emprego</i>	0,36	0,18
<b>Religião</b>	0,57	0,29
<i>Tempo*Religião</i>	0,14	0,11
<b>Renda</b>	< 0,01	< 0,01
<i>Tempo*Renda(b)</i>	< 0,01	0,01

**Tabela 8 a.** Comparações entre as médias obtidas para a variável Área do Emprego/Sustento de um tempo para o outro em cada nível da variável explicativa.

Renda (R\$)	Tempo	Média (D. P.)	Tempo	Média (D. P.)	p-valor	p-valor(*)
< 380		998,25 (2,60)		992,30 (6,51)	< 0,01	0,51
380 a 1000	0	981,99 (4,85)	1	988,57 (7,50)	0,01	0,78
> 1000		949,22 (17,99)		949,69 (16,08)	0,56	0,67

(\*) Ajustado.



**Figura 3.** Comparação entre o Estado civil, o Emprego, a Renda e a Área Emprego/Sustento.

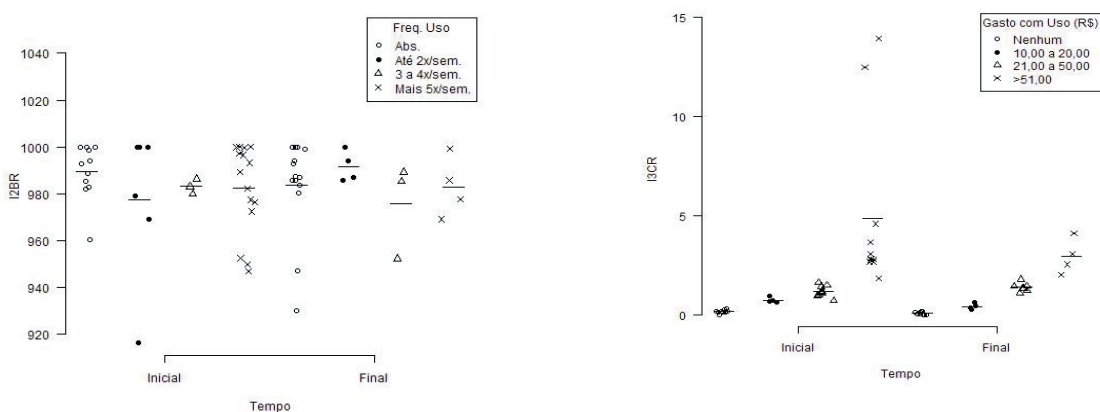
Na Tabela 8 observa-se que existem evidências estatísticas significativas entre os dados sociodemográficos e as variáveis; Estado Civil, Emprego e Renda, que indicou diferenças médias em seus níveis com a Área do trabalho e Sustento.

No valor ajustado apenas a Renda continuou apresentando evidências de significância de um tempo para o outro. Observa-se que os usuários solteiros que não possuem emprego apresentaram escores de gravidade maiores nas condições de trabalho no início do tratamento (ver Figura 3).

Na Tabela 8a, nota-se que os usuários com renda média <380 reais apresentaram escores diferentes do tempo inicial para o tempo final com relação à Área do Emprego/Sustento, foram os que mais apresentaram comprometimento nas condições de emprego/sustento e após três meses os escores de gravidade dos problemas diminuíram ( $p < 0,01$ ). Os que ganharam acima de 380 reais, diferentemente dos que ganharam menos, não apresentaram melhora na Área do trabalho ( $p = 0,01$ ).

**Tabela 9.** Modelo de efeitos mistos entre o padrão de consumo de álcool e a Área do Emprego/Sustento, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35). Ribeirão Preto, SP, 2007.

Efeito	p-valor	p-valor
	(Bruto)	(Ajustado)
Tempo	0,91	0,34
<b>Frequência de Uso</b>	0,05	0,08
<i>Tempo*Freq. de Uso</i>	0,96	0,90
<b>Idade do início</b>	0,66	0,54
<i>Tempo*Idade do início</i>	0,64	0,92
<b>Anos de Uso</b>	0,87	0,91
<i>Tempo*Anos de Uso</i>	0,57	0,52
<b>Valor Gasto</b>	0,36	0,04
<i>Tempo*Valor Gasto</i>	0,07	0,29



**Figura 4.** Comparação entre a Frequência de Uso de álcool, o Valor Gasto e a Área do Emprego/Sustento.

Na Tabela 9 observa-se que existem evidências estatísticas significativas para a frequência do uso, ou seja, independente do tempo, a frequência de uso interfere na Área do trabalho, embora a mesma não se mantém quando considerado o modelo ajustado.

Quanto ao valor gasto com o uso de álcool, observa-se que no modelo ajustado, este influencia na Área trabalho ( $p=0,04$ ) e, pode-se notar ainda que o efeito interação é relevante conforme apresentado na figura 4. Os indivíduos que apresentaram gastos com a bebida entre 10 a 20 reais no início do tratamento revelaram pior índice médio de condições de trabalho no tempo final enquanto os demais ou mantiveram ou melhoraram.

### 6.2.3 – Área Uso de Álcool

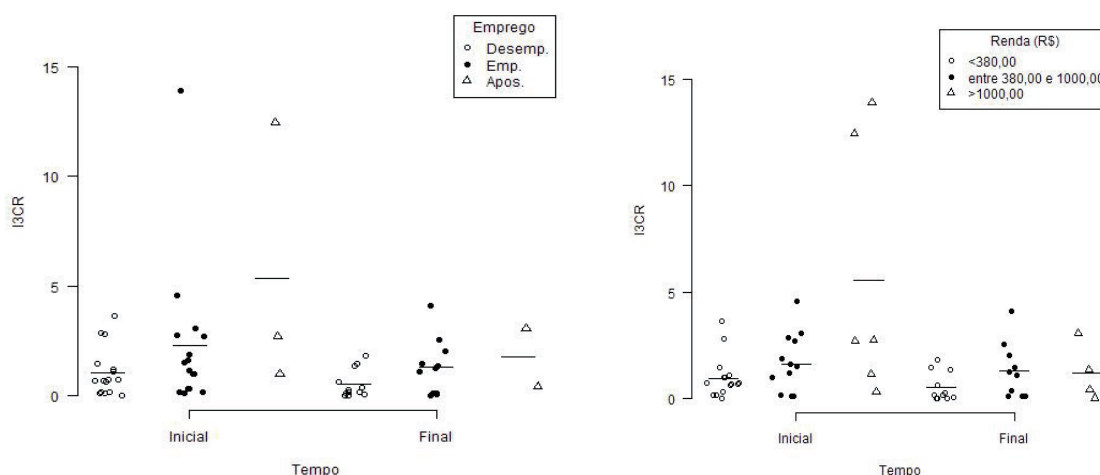
**Tabela 10.** Modelo de efeitos mistos entre os fatores sociodemográficos e a Área do Uso de Álcool, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35). Ribeirão Preto, SP, 2007.

<b>Efeito</b>	<b>p-valor (Bruto)</b>	<b>p-valor (Ajustado)</b>
<i>Tempo</i>	0,11	0,75
<b>Sexo</b>	0,92	0,61
<i>Tempo*Sexo</i>	0,96	0,72
<b>Idade</b>	0,84	0,76
<i>Tempo*Idade</i>	0,10	0,28
<b>Raça</b>	0,61	0,11
<i>Tempo*Raça</i>	0,99	0,33
<b>Estado Civil</b>	0,19	0,82
<i>Tempo*Estado Civil</i>	0,06	0,44
<b>Escolaridade</b>	0,94	0,53
<i>Tempo*Escolariade</i>	0,78	0,98
<b>Emprego</b>	0,05	0,49
<i>Tempo*Emprego</i>	0,42	0,96
<b>Religião</b>	0,93	0,71
<i>Tempo*Religião</i>	0,90	0,70
<b>Renda</b>	0,01	0,38
<i>Tempo*Renda(b)</i>	0,05	0,27

**Tabela 10a.** Comparações entre as médias obtidas para a variável Área do Uso de álcool de um tempo para o outro em cada nível da variável explicativa.

Renda (R\$)	Tempo	Média (D. P.)	Tempo	Média (D. P.)	p-valor	p-valor(*)
< 380		0,95 (0,98)		0,54 (0,68)	0,62	-
380 a 1000	0	1,61 (1,38)	1	1,33 (1,29)	0,75	-
> 1000		5,55 (6,00)		1,22 (1,34)	< 0,01	-

(\*) Ajustado.



**Figura 5.** Comparação entre Emprego, Renda e a Área do Uso de Álcool.

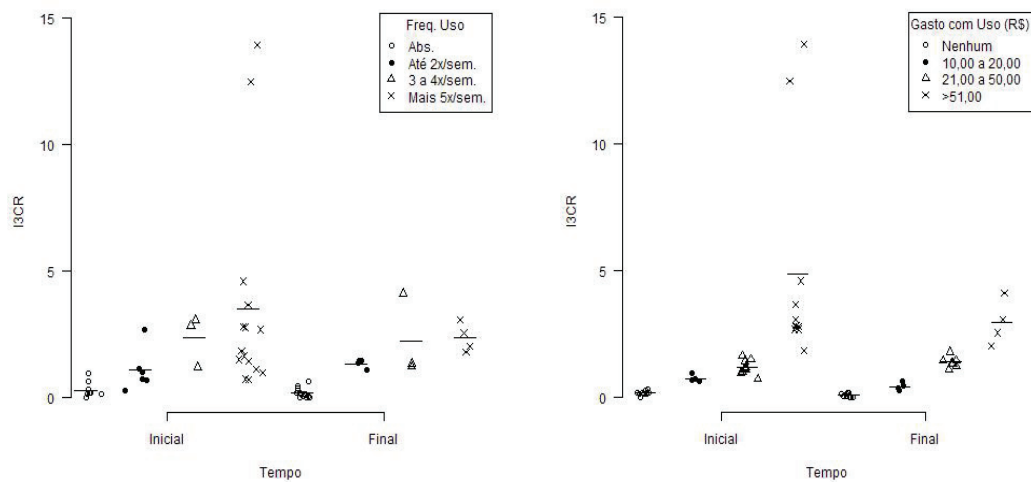
A Tabela 10 demonstra que existem evidências estatísticas significativas entre as variáveis; emprego e renda, mas que não se mantiveram no valor ajustado com relação a área do uso de álcool.

Na Tabela 10a nota-se que os indivíduos empregados com rendimento acima de 1000 reais ao iniciarem o tratamento apresentavam maior comprometimento no uso

de álcool e esse comportamento modificou-se ao longo do tempo estudado, resultando na sua diminuição, ao passo que os que recebiam menor renda, os desempregados ou aposentados apresentaram poucas mudanças de um tempo para o outro.

**Tabela 11.** Modelo de efeitos mistos entre o padrão de uso de álcool e a Área do Uso de Álcool, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35). Ribeirão Preto, SP, 2007.

<b>Efeito</b>	<b>p-valor (Bruto)</b>	<b>p-valor (Ajustado)</b>
Tempo	0,11	0,61
<b>Frequência de Uso</b>	< 0,01	0,90
<i>Tempo*Freq. de Uso</i>	0,83	0,62
<b>Idade do início</b>	0,75	0,65
<i>Tempo*Idade do início</i>	0,90	0,61
<b>Anos de Uso</b>	0,69	0,94
<i>Tempo*Anos de Uso</i>	0,18	0,65
<b>Valor Gasto</b>	< 0,01	0,09
<i>Tempo*Valor Gasto</i>	0,47	0,52



**Figura 6.** Comparação entre Freqüência de Uso, Dinheiro gasto com o uso de álcool e a Área Uso de álcool.

A tabela 11 demonstra a existência de evidências estatísticas significativas entre a freqüência de uso de álcool e o valor gasto com relação à Área do Uso de Álcool, ou seja, o usuário que ingeriu álcool mais de cinco vezes na semana e gastou o valor acima de 51 reais apresentaram maiores escores de gravidade do problema no tempo inicial do tratamento.

#### 6.2.4 Área Legal

Nesta área houve a presença de uma grande quantidade de respostas iguais a zero, o que significa que nesta área não havia comprometimentos com a justiça ou problemas legais, o que impossibilitou que fossem feitas análises como nas demais variáveis. Uma visão geral do comportamento destas respostas é apresentada nos gráficos em anexo.

### 6.2.5 – Área Família/Social

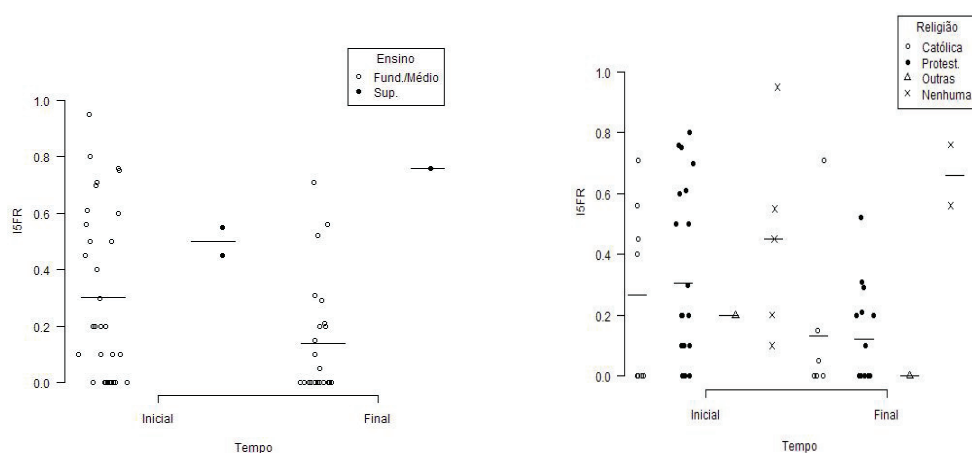
**Tabela 12.** Modelo de efeitos mistos entre as variáveis dos fatores sociodemográficos e a Área Família/Social, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35). Ribeirão Preto, SP, 2007.

<b>Efeito</b>	<b>p-valor (Bruto)</b>	<b>p-valor (Ajustado)</b>
<i>Tempo</i>	0,04	0,87
<b>Sexo</b>	0,94	0,80
<i>Tempo*Sexo</i>	0,31	0,40
<b>Idade</b>	0,13	0,48
<i>Tempo*Idade</i>	0,87	0,93
<b>Raça</b>	0,35	0,18
<i>Tempo*Raçã</i>	0,99	0,44
<b>Estado Civil</b>	0,72	0,29
<i>Tempo*Estado Civil</i>	0,73	0,45
<b>Escolaridade</b>	0,04	0,70
<i>Tempo*Escolariade</i>	0,11	0,74
<b>Emprego</b>	0,24	0,64
<i>Tempo*Emprego</i>	0,85	0,30
<b>Religião</b>	0,07	0,21
<i>Tempo*Religião</i>	0,14	0,28
<b>Renda</b>	0,46	0,71
<i>Tempo*Renda(b)</i>	0,95	0,30

**Tabela 12a.** Comparação entre as médias obtidas para a variável família/social de um tempo para o outro.

Tempo	Média (D. P.)	Tempo	Média (D. P.)	p-valor	p-valor(*)
0	0,31 (0,30)	1	0,16 (0,24)	0,04	-

(\*) Ajustado.



**Figura 7.** Comparação entre o Ensino, Religião e a Área Família/Social.

A Tabela 12 apresenta evidências estatísticas significativas para o tempo independente de qualquer outra variável. Estas medidas resumo são apresentadas na tabela 12a em que houve uma diminuição significativa neste escore ( $p=0,04$ ).

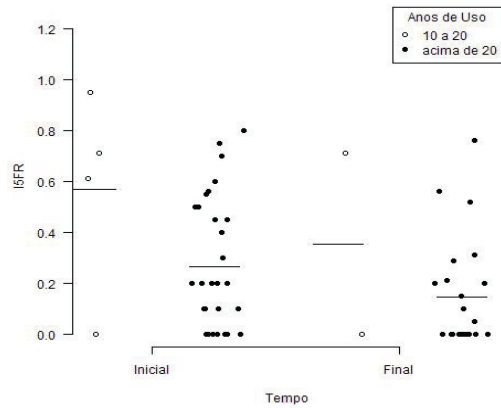
Ainda na Tabela 12 nota-se evidências estatísticas significativas para a variável escolaridade quando considerada no modelo bruto. Desta forma isso é visualizado na figura 7, independente do tempo. Indica que indivíduos com escolaridade superior apresentaram menos comprometimento nas relações familiares e sociais do que usuários que apresentam baixos níveis de escolaridade. Ainda assim é importante notar na figura 7, que os indivíduos com escolaridade

superior apresentaram uma piora ao longo do tempo enquanto os indivíduos com baixa escolaridade melhoraram.

Já na figura 7, que considerando a variável religião, nota-se que quem tem uma vinculação religiosa apresenta mudanças de melhora nos tempos com relação à Área familiar/social maior em relação aos que não tem nenhuma vinculação religiosa.

**Tabela 13.** Modelo de efeitos mistos entre as variáveis do padrão de uso de álcool e o Status Família Social, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35). Ribeirão Preto, SP, 2007.

<b>Efeito</b>	<b>p-valor (Bruto)</b>	<b>p-valor (Ajustado)</b>
Tempo	0,04	0,06
<b>Frequência de Uso</b>	0,14	0,78
<i>Tempo*Freq. de Uso</i>	0,31	0,90
<b>Idade do início</b>	0,95	0,87
<i>Tempo*Idade do início</i>	0,33	0,37
<b>Anos de Uso</b>	0,04	0,11
<i>Tempo*Anos de Uso</i>	0,97	0,50
<b>Valor Gasto</b>	0,07	0,61
<i>Tempo*Valor Gasto</i>	0,68	0,60

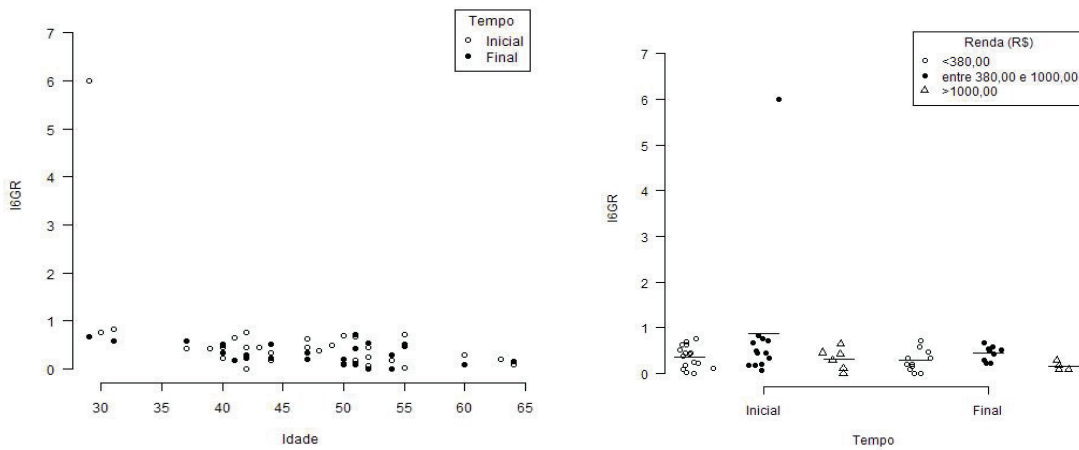


**Figura 8.** Comparação entre as variáveis Anos de Uso e a Área Família/Social.

De acordo com a figura 8, nota-se que na variável Anos de Uso, independente do tempo, os indivíduos que apresentam entre 10 e 20 anos de uso caracterizam-se por uma pior situação na relação familiar/social que os indivíduos que fazem uso acima de 20 anos. ( $p=0,04$ ).

**Tabela 14.** Modelo de efeitos mistos entre os fatores sociodemográficos e a Área Psiquiátrica, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35). Ribeirão Preto, SP, 2007.

<b>Efeito</b>	<b>p-valor (Bruto)</b>	<b>p-valor (Ajustado)</b>
<i>Tempo</i>	0,22	0,10
<b>Sexo</b>	0,19	0,28
<i>Tempo*Sexo</i>	0,78	0,62
<b>Idade</b>	< 0,01	0,01
<i>Tempo*Idade</i>	0,25	0,23
<b>Raça</b>	0,58	0,29
<i>Tempo*Raça</i>	0,80	0,37
<b>Estado Civil</b>	0,30	0,67
<i>Tempo*Estado Civil</i>	0,60	0,38
<b>Escolaridade</b>	0,65	0,60
<i>Tempo*Escolaridade</i>	0,67	0,72
<b>Emprego</b>	0,27	0,80
<i>Tempo*Emprego</i>	0,26	0,01
<b>Religião</b>	0,46	0,76
<i>Tempo*Religião</i>	0,35	0,01
<b>Renda</b>	0,05	0,06
<i>Tempo*Renda(b)</i>	0,84	0,28

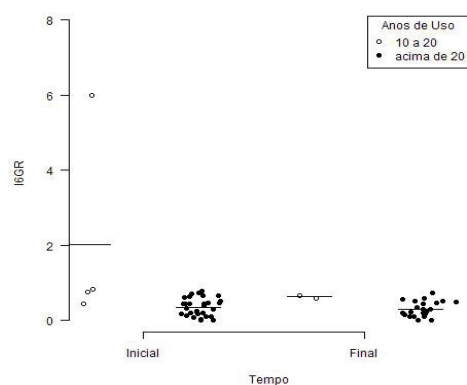


**Figura 9.** Comparação entre Tempo, Renda e a Área Psiquiátrica.

Na Tabela 14 nota-se que, para a variável idade existe evidência estatística significativa ( $p < 0,01$ ), extraíndo-se da figura 9, que à medida que a idade aumenta o escore diminui.

**Tabela 15.** Modelo de efeitos mistos entre o padrão de consumo e a Área Psiquiátrica, segundo os usuários do CAPS – ad II (N=35). Ribeirão Preto, SP, 2007.

Efeito	p-valor	p-valor
	(Bruto)	(Ajustado)
Tempo	0,22	0,75
<b>Frequência de Uso</b>	0,96	0,48
<i>Tempo*Freq. de Uso</i>	0,87	0,15
<b>Idade do início</b>	0,57	0,79
<i>Tempo*Idade do início</i>	0,29	0,21
<b>Anos de Uso</b>	<0,01	0,01
<i>Tempo*Anos de Uso</i>	0,30	0,99
<b>Valor Gasto</b>	0,64	0,13
<i>Tempo*Valor Gasto</i>	0,78	0,46



**Figura 10.** Comparação entre a Frequência de Uso, Dinheiro gasto com o uso de álcool e a Área Família/Social.

Na Tabela 15, notam-se evidências estatísticas significativas ( $p < 0,01$ ) para a variável “anos de uso”, o que ocorreu independente do tempo avaliado. Na figura 10

observa-se que indivíduos com uso entre 10 a 20 anos apresentaram uma pior condição psíquica emocional em relação aos que fazem uso há mais tempo.

*Discussão*

## **7. DISCUSSÃO**

### **7.1 Avaliação da Confiabilidade do ASI**

Considerando as seis áreas apresentadas na escala ASI (Tabela 1) avaliou-se a confiabilidade de cada área por meio do Alpha de Cronbach e identificou-se assim, bons níveis para sua utilização, uma vez que apresentou o menor valor de 0,69 para a área Uso de Álcool e o maior 0,88 para a área Médica. Esses resultados foram semelhantes aos encontrados no estudo realizado por Currie et al (2004) em que a confiabilidade variou de 0,66 (Família) a 0,75 (Legal). Por sua vez [Daeppen et al \(1996\)](#), ao analisarem uma amostra de 1 802 dependentes, sendo que 43% eram dependentes de álcool e com comorbidades psiquiátricas, apresentaram uma variação dos valores de Alfa de Cronbach entre 0,58 a 0,81 nas áreas da ASI.

### **7.2 Informações sociodemográficas dos usuários e o padrão de uso do álcool dos usuários do CAPS - ad II de Ribeirão Preto.**

O objetivo desse estudo foi avaliar a evolução do tratamento dos usuários de álcool do CAPS – ad II de Ribeirão Preto considerando as mudanças sociais e de saúde que ocorreram ao longo dos três meses nas áreas médica, emprego e sustento, uso do álcool, legal, familiar / social e psiquiátrica.

Dentre os 35 (100%) que responderam as perguntas do Questionário inicial, 25(71%) compareceram para a segunda entrevista, nesta 22 (88%) deles encontravam-se de alguma forma vinculados ao tratamento, 03 responderam por via

telefônica porque não estavam mais vinculados ao tratamento e 10 não foi possível a reaplicação do questionário.

Vale ressaltar que dos 10 pacientes que não participaram, apesar dos esforços para realizar a sua localização, as causas para o insucesso foram as seguintes: 01 morte, 02 internações em comunidades terapêuticas fora de Ribeirão Preto, 06 por impossibilidade de contato (mudança de endereço/número de telefone errado/abandono) e 01 que se recusou a responder o questionário.

Em relação à idade observou-se que os usuários do CAPS – ad II são adultos, com idade mínima de 29 anos, máxima de 64 e média com 46,74 anos. Observa-se uma população mais adulta nesta amostra, pois levando em consideração que a dependência do álcool como um processo que se desenvolve ao longo do tempo, os jovens ao iniciarem o consumo na fase da adolescência e a intensificação ao longo da vida pode ser um dos grandes contribuidores para o processo de adoecimento em função do uso do álcool (VIEIRA, RIBEIRO, LARANJEIRA, 2007; EDWARDS, 2005c).

No que refere ao sexo, o estudo apontou que a maioria são homens (94,3%), resultados que corroboram aos da literatura que abordam o alcoolismo e apontam o elevado número de dependentes entre o sexo masculino quando comparado ao feminino. Os achados de Kraus et al (2000), Costa et al (2004) e Carlini et al (2002), reafirmam os dados apontados no presente estudo, evidenciando os índices do uso do álcool entre homens, estes de acordo com o autor, bebem maiores quantidades e com maior frequência.

Este dado pode estar relacionado, ao fato de que os homens bebem marcadamente diferente em relação às mulheres e apresentam maiores chances de adoecimento e possivelmente têm muito mais necessidade de tratamentos (BLUME

et al, 1994; GRANT, 1997; KANDEL et al., 1997). No entanto, não se descarta a importância em relação às mulheres dependentes, pois embora neste estudo sejam minoria, a literatura (Blume, 1986) aponta que esse grupo vem apresentando maior frequência tanto de uso, abuso, bem como na dependência e conseqüentemente a tendência é o de aumento na procura dos serviços que oferecem tratamento.

Não houve diferença significativa entre a raça branca (51,4%) e a negra (48,6). Mais de 50% dos pacientes 20 (77,1%) são solteiros ou separados. Vários estudos (Edwards, 2005f; Dawson, Li, Grant, 2008; Cunha, Carvalho, Kolling, Silva, Kristensen 2007) apresentaram que o uso de álcool é um dos fatores desencadeantes de situações conflituosas, tanto sociais como familiares que podem resultar em maior número de separações.

De acordo com Holmila, Raitasalo (2005) em um estudo britânico entre indivíduos de classe-média identificou-se diferenças significativas em relação ao estado civil, indicando que aqueles que têm mais liberdade social, estão mais sujeitos aos comportamentos de risco à saúde, e concluíram ainda que os divorciados, viúvos e solteiros estão associados diretamente com o comportamento do beber.

Por outro lado, estudos sobre o tratamento da dependência do álcool, apontam que a estabilidade matrimonial é algo positivo em relação aos resultados do tratamento (HARTMANN, SULLIVAN & WOLK, 1991, HAVASSY, HALL & WASSERMAN, 1991; ORFORD et al., 1975, BROMET e MUGIDOS 1977). Um estudo mostrou que especialmente o cônjuge era mencionado como um fator de ajuda na manutenção e recuperação durante o tratamento (SOBELL, L. C., al de et., 1992).

Os estudos de Muller, 2000; Edwards, Marshal, Cook, 2005h revelaram que a dependência de álcool está significativamente associada com a escolaridade, religião e renda, que representam potenciais fatores de risco ou de proteção, que aparentemente levam as pessoas a beber mais ou menos.

No que tange a escolaridade a maioria dos usuários do CAPS – ad II tinham o Ensino Fundamental (85%), ou seja, baixo nível de estudo. Estes dados são confirmados pelo I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (2007), de onde se extrai que 69,2% dos brasileiros adultos tinham o nível de escolaridade muito baixo, ou seja, basicamente o ensino fundamental.

Em relação a religião, mais da metade (60%) dos usuários declararam ser católicos. Interessante estudo realizado por Silva, Malbergier, Stempluk e Andrade (2006) sobre fatores associados ao consumo de álcool, indicou que a religião pode ou não agir como forma de proteção no comportamento de beber e quanto mais flexível forem as religiões, maior é a aceitação do uso de álcool.

Os resultados deste estudo, relativamente ao emprego e a renda mensal, revelam que 30 pacientes (48,6%) encontravam-se desempregados ou inseridos em serviços informais e 19 pacientes (54%) viviam com menos de um salário mínimo (R\$380,00). A relação entre alcoolismo, trabalho e a geração de renda pode ser visto sob duas óticas, uma delas é a social em que a atividade ocupacional pode contribuir para o desenvolvimento do alcoolismo por vários motivos, como excesso ou insuficiência de trabalho, pressões de carga horária ou volume de produção, trabalhos noturnos e os que o mantêm em contato com o álcool. Para Caballo (2003), o abuso de substâncias psicoativas pode servir como um meio para enfrentar a vida diária e/ou as fortes pressões externas. Já visto pela ótica

capitalista, existem evidências de que o trabalhador que faz consumo abusivo ou que já desenvolveu a dependência do álcool, falta constantemente e sem qualquer justificativa ao trabalho, apresentando queda na produção, dificuldade no relacionamento e mudança de comportamento em geral. O que resulta dessa relação é que geralmente há a substituição deste trabalhador por outro mais produtivo o que gera desemprego ou a sua inserção em trabalhos informais, afastando-o cada vez mais dos meios de produção. Apesar de reconhecidos os problemas relacionados com o trabalho, principalmente neste mundo globalizado, há poucos estudos que contribuam para subsidiar ações em saúde para a prevenção do uso indevido de substâncias psicotrópicas ou para o incentivo das empresas em desenvolver programas ou possibilitar o apoio para o tratamento dos seus funcionários que fazem o uso abusivo ou que são dependentes destas substâncias.

Esses resultados corroboram ainda aos estudos sobre o alcoolismo e fatores sociais ou socioeconômicos. Segundo Schuckit (1991) no nosso país, o risco de alcoolismo é influenciado por fatores sociais como o baixo nível sócio econômico. Outros estudos internacionais apontam que nos Estados Unidos e na Suécia o risco de alcoolismo é maior entre homens de nível socioeconômico mais baixo (HEMMINGSSON *et al.*, 1997, REGO *et al* 1991).

Em relação ao diagnóstico principal observou-se que 57% dos usuários do CAPS – ad II com Síndrome de Dependência ao Álcool, iniciaram o primeiro uso de bebida alcoólica com idade entre 13 a 17 anos. A literatura é ampla sobre o período em que ocorre a iniciação do uso do álcool e refere que geralmente este se dá ainda na fase da adolescência e dados do I Levantamento sobre padrão de uso de álcool sugerem que os jovens estão iniciando o consumo de álcool cada vez mais cedo (LARANJEIRA, PINSKY, ZALESKI, 2007).

Esta triste realidade, em que há evidências de que os jovens experimentam cada vez mais precocemente o álcool, pode conseqüentemente determinar o aumento dos índices de usuários com consumo problemático durante sua vida, pois estudos sugerem que o uso precoce do álcool pode causar impacto no padrão de utilização que o adolescente vai estabelecer futuramente com a bebida (VIEIRA, RIBEIRO, LARANJEIRA, 2007). Isto demonstra que ações políticas precisam ser repensadas para reduzir o consumo de álcool pelos adolescentes, pois embora já exista uma lei que proíba a venda de bebidas à menores de 18 anos, na prática, por falta de fiscalização suficiente para o seu cumprimento, não tem sido muito efetiva (ROMANO, DUAILIBI, PINSKY, LARANJEIRA, 2007).

Quanto ao padrão de consumo, o presente estudo identificou que 85,7% fazem uso regular de bebidas alcoólicas há mais de 20 anos, resultados semelhantes aos encontrados por Ramos, Woitowitz (2004) que confirmam que a instalação da síndrome de dependência em usuários de álcool pode variar em relação ao tempo e o aparecimento dos sinais e sintomas.

No que tange a avaliação inicial, ou seja, na primeira avaliação da escala ASI (tabela 2), observou-se que 74,3% dos usuários apresentaram um índice de uso pesado, fazendo-o por mais de cinco vezes por semana nos últimos 30 dias, valores estes que tiveram significativa redução na avaliação final, em que o índice de freqüência neste padrão foi de 20,0%. Podemos concluir que muitos desses pacientes modificaram o consumo parando ou reduzindo seu consumo, pois os dados apontam que 17,1% encontravam-se em abstinência no primeiro momento e no segundo momento do estudo esse índice aumentou para 31,4%.

Essas mudanças de comportamento em relação ao beber nos remetem as palavras de Edwards, Marshall, Cook (2005a) que nos casos em que não ocorrem os

reconhecimentos dos graus de dependência, não ocorrerão, conseqüentemente, os ajustamentos e as abordagens individualizadas e personalizadas para cada paciente, o que pode levar a uma visão da dependência como uma entidade fixa, da qual presumivelmente sofrem todas as pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool, para quem o objetivo comum deve ser a abstinência total, e o tratamento oferecido, universalmente intensivo. Os novos paradigmas e políticas sociais adotadas para o tratamento dos usuários de álcool, trouxeram outras abordagens de intervenções que ajudam a promover tais mudanças de comportamento em relação ao beber, de forma flexível e mais humana. O que de acordo com Vaillant (1983, 1993) muito provavelmente estas intervenções só terão resultados quando estiverem de acordo com as possibilidades reais de mudanças no indivíduo, na família e no ambiente social.

Ainda nesse sentido, Edwards, Marshall e Cook , 2005b, complementam que nos tratamentos, se devem reduzir as complexidades, sendo que o trabalho básico da assistência diz respeito ao estímulo e o apoio por meio de vias naturais de recuperação. No entanto, para isso, torna-se fundamental o desenvolvimento de um senso mais desenvolvido da capacidade inata de recuperação da pessoa e das possíveis dimensões da recuperação, e não apenas das crenças que os profissionais impõem na terapia às pessoas, que marcharão segundo o comando do terapeuta.

Embora haja limitações no presente estudo, os resultados nos levam a pensar sobre os níveis motivacionais para mudanças do comportamento do beber, no entanto, os pacientes chegam nos serviços especializados, geralmente em fase de negação, ou seja, pouco disponíveis para tal, mas ao longo do tempo a motivação será construída e estimulada, desde que encorajado o paciente a examinar cuidadosamente os ganhos e o custo benefício em relação ao beber e a

repensar assim tais comportamentos, o que poderá gerar futuras mudanças no seu proceder.

Um estudo internacional de seguimento mostrou que em relação aos pacientes que procuram tratamento especializado, as taxas de abstinência permaneceram abaixo de 20%. Em um estudo do final da década de 70 (Orford e Edwards, 1977), observou-se que após 2 meses, 55% dos pacientes que receberam tratamento preencheram critérios para o sucesso (menos de 10 dias de ingestão de bebidas em 2 meses); em 6 meses essa cifra diminuiu para 35%, e ao término de 2 anos, para 20%.

Considerando-se que o consumo problemático de álcool acarreta consideráveis prejuízos no âmbito da saúde, com reflexos nas doenças físicas, acidentes de trabalho, acidentes de trânsito, transtornos mentais, além de prejuízos sociais e legais, a mudança de comportamento para a redução do consumo de álcool, além de prevenir complicações futuras, melhora significativamente a saúde e isso faz com que haja uma redução dos custos com o tratamento (MOYER, FINNEY, SWEARINGEN, VERGUN 2002; Minto ,et al, 2007).

### **7.3 ÁREA MÉDICA**

No que se refere a Área Médica os dados mostraram que 60% (15) dos pacientes apresentaram efeito negativo, ou seja, tiveram seus problemas agravados, 24%(6) apresentaram efeito positivo, com melhora do quadro clínico e 16%(4)

mantiveram efetividade nula, já que ausentes alterações significativas na pontuação dos escores. (Tabela 5),

A literatura evidencia tais resultados em um estudo realizado em Países Baixos para avaliar a desintoxicação, em que os dados apontaram que uma maior gravidade no padrão de consumo avaliado pelo ASI foi associado a um maior resultado negativo para a desintoxicação, em que os dados apontou ainda que os sintomas clínicos apresentados na abstinência poderia ser um dos fatores que impedem melhores resultados, porém indicaram a necessidade de mais estudos experimentais para confirmar essa associação (FRANKEN, HENDRIKS, 1999).

Tendo em vista uma abordagem mais abrangente da saúde, deve-se dar uma atenção diferenciada aos problemas clínicos, pois o consumo de álcool traz muitas implicações negativas para a saúde e na medida em que os anos de uso evoluem, com ele as complicações clínicas também avançam (LARANJEIRA, 1998).

Um fator identificado como dificultador no tratamento, segundo Galanter (2007) refere-se à demora para iniciar o tratamento e ainda a oferta de um tratamento inadequado leva a um prognóstico ruim e que os dependentes de álcool raramente se recuperam.

Em relação ao gênero, Chick (1994) descreveu que na Grã-Bretanha de 15 a 30% dos homens e de 8 a 15% das mulheres que são internados em hospitais, apresentam problemas mais graves conseqüentes do uso do álcool. Dados também apresentados nos EUA, com o autor apontando para índices ainda mais elevados, em que cerca de 20 a 40 % de ambos os sexos que utilizaram as internações em hospitais gerais apresentaram problemas com o álcool (LIEBER, 1995).

No Brasil esses resultados não são tão diferentes, de acordo com o DATASUS (2001), 84.467 das internações realizadas em hospitais foram para tratamento indireto de problemas conseqüentes do uso de álcool.

Ainda sobre as variáveis que contribuem para uma influencia negativa, segundo Vaillant (1999), apontou que nas revisões exaustivas da literatura de Giihbs, Flanagan (1977), Backeland et al. (1975), revelaram que a idade precoce de uso inicial do álcool, classe social baixa, exclusão social, casamentos desfeitos e as detenções contribuem para uma desfavorável resposta ao tratamento clínico de curta duração.

No presente estudo identificou-se ainda que a variável baixa renda (Figura 1) foi desfavorável a uma boa condição de saúde. Entretanto, um ponto de notável importância na melhora das condições clínicas, foi objeto de um estudo em que se avaliou os cuidados médicos primários e a evolução da gravidade da dependência de álcool, concluiu-se que ao receber os cuidados médicos primários no local de tratamento esteve diretamente associado com a melhora da gravidade da dependência (FRIEDMANN et al, 2003).

Para essa amostra, a maioria dos dependentes de álcool do CAP-ad II não apresentou melhora nos sintomas clínicos, fato que merece uma reflexão sobre a organização do serviço, para uma possível re-avaliação das intervenções realizadas no momento de entrada do paciente ao serviço. Aqui levantamos o seguinte questionamento, seria necessário um programa inicial de desintoxicação para uma avaliação mais detalhada e acompanhamento dos problemas físicos conseqüentes do uso do álcool? Uma vez que a entrada do paciente ocorre no grupo de acolhimento e posteriormente ocorrem as interconsultas de acordo com a necessidade.

Há que se considerar, por outro lado, que os pacientes chegam ao serviço especializado, com suas condições de saúde muitas vezes agravadas ao que se soma o quadro da síndrome de abstinência. Nestas circunstâncias, a priori, os problemas físicos podem não estar muito evidentes, porém, quando reavaliados no terceiro mês, os incômodos foram mais relatados, pois possivelmente eles estavam, a princípio, mascarados pelo uso do álcool.

Outro fator relevante, diz respeito ao fato de que no período em que houve a coleta de dados para o presente estudo, o CAPS-AD II, estava passando por mudanças constantes no quadro profissional de médicos clínicos, o que acabou se somando a outros fatores que podem ter influenciado nos resultados do estudo.

Ainda a esse respeito, ao avaliar as informações em relação à Área Médica (FIGURA 1) identificou-se que aqueles que recebem menos de 380 reais apresentam maior comprometimento nas condições de saúde no tempo inicial do tratamento e de um tempo para o outro apresentaram uma melhora importante nessa área.

Considerando esses dados, a literatura evidencia que existe uma relação entre o estado socioeconômico e a saúde, demonstrando diferenças importantes nessa relação (VAN OERS, VAN de GOOR, GARRETSEN, 1999). Essas diferenças, muitas vezes se direcionam em desvantagens para os grupos de baixa renda. Um estudo identificou que indivíduos de diferentes condições socioeconômicas apresentam diferentes atitudes em relação a comportamentos de riscos e ainda que indivíduos com boas condições sociais são mais conscientes das condições de seu comportamento, no entanto, tendem a optar por escolhas mais saudáveis (KENKEL, 1991).

No Brasil esses dados foram apresentados na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD, 1998), onde se verificou que as desigualdades sociais afetavam as condições de saúde, o que repercute nos serviços de saúde e de um modo geral, a assistência de saúde ali realizada, é deficiente, pois esses indivíduos dependem do Sistema único de Saúde (SUS). Dentre os ambientes de saúde temos os postos de saúde e hospitais públicos os quais estão demasiadamente sobrecarregados e quando referem-se especificamente aos dependentes de álcool, a oferta da assistência apresenta-se potencialmente mais prejudicada. Por fim, o Ministério da Saúde do Brasil apontou que mais de 30% da população apresenta algum tipo de problema de saúde devido ao seu consumo.

O comprometimento das finanças na vida do alcoolista foi avaliado por Edwards, Marshall, Cook (2005d), com uma relação dialética, de influência e influenciador, desse modo, quanto mais grave a dependência, mais complicações nas diversas áreas da vida do usuário, pois ele pode beber em função do caos financeiro, das severas dificuldades econômicas ou mesmo em razão do desemprego.

Uma outra preocupação de Laranjeira (1998) em seu artigo intitulado Álcool na Clínica Médica, foi que no estudo realizado por Cleary *et al.*(1988) e Buchsbaum *et al.* (1992) identificou-se obstáculos na oferta de uma assistência de saúde mais adequada por parte dos profissionais, principalmente dos médicos em relação aos pacientes com problemas relacionados ao álcool, tais como: a falta de capacitação da equipe médica em relação a realização precoce do diagnóstico; dificuldade da associação dos problemas físicos com o uso do álcool; o descrédito de sucesso no aconselhamento desses pacientes; a falta de confiança na efetividade terapêutica devido as experiências com outros casos semelhantes; o excesso de carga horária

de trabalho da equipe de saúde o que resulta na falta de tempo para os atendimentos, tendo por consequência a priorização de outros casos.

De uma forma geral, o consumo de baixas doses de álcool mesmo que pareça isento de danos, pode ser a causa ou o complicador de muitas comorbidades clínicas, isso piora ainda mais quando o uso ocorre em proporções mais freqüentes, porque podem potencializar o agravamento dos problemas relacionados à saúde (FIGLIE, BORDIN e LARANJEIRA, 2004).

No que se refere ao padrão de consumo do álcool, dentre as variáveis do ASI, identificou-se apenas a freqüência de uso, o que leva a uma limitação do estudo por não contemplar a quantidade, embora para alguns autores a freqüência do consumo seja mais importante que a quantidade. Vale salientar que a maioria dos usuários do CAPS ad II chegou para o tratamento consumindo numa freqüência maior que cinco vezes na semana e esses apresentaram piores índices de saúde, mas, pelo fato de diminuírem a freqüência ao longo do período estudado, com o tempo foram os que obtiveram os melhores resultados de melhora, quando comparados aos que faziam um uso semanal menos intenso (Figura 2).

Vêm a tona as palavras de Loneck, Garrette, Banks 1996, de que a intervenção não precisa ser necessariamente uma ação efetiva, mas um fator provocador e motivador que facilita o alcance de uma mudança de estilo de vida dos usuários independentemente da droga usada.

Como demonstrado no estudo de Saitz, et al (2005) que avaliou como os cuidados médicos influenciam na melhora da gravidade do uso, os usuários que potencialmente recebem os cuidados médicos clínicos, apresentam melhora a curto-prazo, diminuindo assim a gravidade do seu consumo, ou seja, o usuário passa a fazer o uso com menor freqüência.

Dessa maneira, é importante um investimento na capacitação e sensibilização dos profissionais da saúde desde a atenção básica ao serviço especializado, sobre os problemas relacionados ao uso, abuso e a dependência do álcool, de forma que garanta mudanças na assistência realizada por esses visando um atendimento humanizado e de qualidade, conforme as propostas da Política do Ministério da Saúde aos usuários de álcool e de outras drogas.

#### **7.4 Área Emprego e Sustento**

Na Área Emprego e Sustento observa-se que 36%(9) dos entrevistados melhoraram suas condições de trabalho, 20%(5) mantiveram o mesmo de quando iniciaram o tratamento e 44%(11) pioraram suas condições nessa área (Tabela 5). A esse respeito verificou-se também (Tabela 2) que 48,6% dos dependentes do CAPS – ad II estavam desempregados quando iniciaram o tratamento.

Acrescentando-se a isso, a Tabela 8a demonstra que os usuários com renda menor que 380 reais apresentaram escores diferentes nos tempos mensurados em relação à Área do Emprego/Sustento. Esses foram os que mais apresentaram comprometimento nas condições de emprego/sustento na primeira entrevista, e após três meses os escores de gravidade dos problemas diminuíram ( $p < 0,01$ ), mostrando que a melhora do padrão de emprego pode estar diretamente relacionado a uma melhor qualidade de vida. Os que ganhavam acima de 380 reais, diferentemente dos que ganhavam menos, não apresentaram mudanças na Área do trabalho ( $p = 0,01$ ).

Nessa área, há um consenso na literatura a respeito da dificuldade de se avaliar as mudanças ocorridas no tratamento frente ao problema emprego e

sustentabilidade, uma vez que o tempo mensurado, de três meses, é considerado por diversos autores como um tempo muito curto para tal avaliação.

Semelhante a esses resultados, o estudo de follow-up realizado no Canadá por Campbell (1997), abrangendo 26 pacientes de um Programa Residencial para dependentes de drogas revelou que, relativamente ao emprego, condições médicas e aspecto jurídico, os escores do ASI apresentaram índices significativos, com indicadores de resultados negativos em relação ao emprego, mesmo decorridos três meses do início do tratamento.

Em outro estudo, ao se comparar dois grupos, sendo um composto por pacientes com seguro de saúde sem problemas aparentes relacionados ao uso nocivo de álcool, que realizavam tratamento de saúde de rotina, e outro grupo composto também por pacientes assegurados por planos de saúde, porém admitidos para o tratamento da dependência do álcool, utilizou-se a escala ASI para comparar os níveis de severidade dos problemas, e surpreendentemente os dados indicaram que, relativamente a área do emprego, o nível de gravidade foram semelhantes em ambos os grupos (WEISNER, MCLELLAN, HUNKELER, 2000).

Nesse contexto, constata-se, então, que a questão de emprego e sustento é um fenômeno bastante preocupante, pois em geral a inserção na rede de trabalho não é tarefa fácil para toda a população brasileira. Segundo estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2008), de 41,2 milhões de pessoas em idade ativa (acima de 10 anos) das regiões metropolitanas (Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre), 56,6%, estavam voltadas para o mercado de trabalho e encontravam-se economicamente ativas, e 43,4% encontravam-se desocupados.

No Brasil dados do CEBRID 2005, apontam que 1,2 %, das pessoas entrevistadas no I Levantamento domiciliar sobre o padrão de consumo na população brasileira já tiveram complicações no trabalho decorrentes do uso de álcool e outras drogas e a quase totalidade era do sexo masculino, com maior índice na faixa etária superior a 35 anos.

Outro estudo importante associou o uso do álcool com a relação emprego demonstrando assim que entre 10% a 15% dos trabalhadores brasileiros apresentaram uso problemático do álcool, e que as conseqüências resultam em três vezes mais afastamentos médicos do que as solicitadas por trabalhadores que sofrem de outras patologias; aumento de cinco vezes da possibilidade de acidentes durante o trabalho; 50% do total das faltas; utilização de internações em hospitais, oito vezes maiores e busca por atendimento dos familiares, mais que três vezes aos convênios médicos das empresas ou assistência social (VAISMAN 2004).

Diante desta realidade se constata que há uma escassez de oferta de empregos para a população em geral, e por outro lado, o funcionário que apresenta problemas pelo uso abusivo ou dependente do álcool, geralmente é estigmatizado pelos empregadores, advindo o preconceito, a recriminação e por fim a demissão (EDWARDS, MARSHALL, COOK, 2005d). Observa-se então uma busca maior dos dependentes de álcool e de drogas a subempregos (popularmente conhecidos como “bicos”) para sua sobrevivência ou mesmo de sua família ou ficam eles a mercê do desemprego e da exclusão social.

Felizmente, para mudar essas situações existe uma iniciativa de tendência mundial, embora ainda tímida, mas que também já ocorre no Brasil, adotada por algumas empresas, que investem em Programas que visam prevenir, detectar e encaminhar para tratamento os funcionários com problemas relacionados ao uso de

álcool e de drogas (VAISSMAN, 2004; JUNIOR, MARTINS, 1990). Há esperança de que isto possa vir a contribuir com a diminuição das conseqüências que o uso de álcool provoca nas relações de trabalho.

Ainda nesse contexto, dados da Tabela 8 demonstram que o estado civil, emprego e Renda, foram variáveis de significativa influência na questão emprego e sustento, e soma-se aos dados (Figura 3) que indicam que os dependentes de álcool solteiros e desempregados, ou com renda menor de 380 reais, apresentaram uma maior pontuação na gravidade dos problemas quando chegaram para o tratamento.

Com relação ao estado civil, observou-se que 77,1% (Tabela 2) dos dependentes de álcool são solteiros/separados. No que tange ao estado civil Karlamangla e colaboradores (2006) encontraram dados semelhantes, apontando que os solteiros apresentaram maiores chances de manifestar e manter o uso abusivo do álcool. Segundo a Blue (2000) o casamento é um fator protetor para diversos problemas físicos e psicológicos, incluindo os problemas relacionados com o uso de álcool.

Por outro lado, Edwards, Marshall, Cook (2005d) afirmam que as complicações sociais ao longo de anos de uso se expandem, de modo que não tem como não atingir a família. Segundo Steinglass (1998) o consumo excessivo pode gerar mudanças significantes nos papéis que cada um exerce na família, como por exemplo, vir a levar o dependente a deixar de ser o chefe da casa, mudando o seu comportamento e tornando-o um “problema” para a família, ficando ainda afastado das relações familiares e da vida social, dificultando uma comunicação mais clara e influenciando a obtenção do seu sustento. À falta deste, somam-se a perda de reputação e o desemprego (Edwards, 2005d). Instalada a crise está ele a um passo

do rompimento dos laços afetivos. VELLEMAN (1993), constatou que a taxa de divórcio no Reino Unido é duas vezes maior em casais nos quais um dos pares faz uso abusivo de bebidas.

Com relação a frequência do uso de álcool (Tabela 9), observou-se que quanto maior o tempo, em dias da semana, gasto com o consumo, maior a gravidade das condições de emprego e sustento no início do tratamento. O mesmo é observado no grupo de quem gastou valores entre 10 a 20 reais/mês com a bebida ( $p=0,04$ ), os que obtiveram piores índices de melhora no período de 3 meses, quando comparados aos demais usuários que melhoraram ou mantiveram a pontuação de gravidade nesta área (Figura 4).

## **7.5 Área Uso de Alcool**

Em relação à área de Uso de álcool 68% dos pacientes apresentaram efeitos positivos e diminuíram o consumo do álcool no período de três meses (Tabela 5), 28%(7) os efeitos foram negativos e pioraram o consumo e apenas 4%(1) apresentou efeito nulo, ou seja, não houve mudança de comportamento no padrão de consumo de um período para o outro. As Tabelas 3 e 4 confirmam que dentre aqueles que faziam uso de álcool com elevada frequência, acima de cinco vezes na semana, na reavaliação do ASI no seguimento, 54,3% passaram a consumir a bebida em menor escala e, 31,4% encontravam-se abstinentes. Constatou-se então uma redução no padrão de consumo em 85,7% dos dependentes.

Um dos grandes desafios vivenciados pelos profissionais que realizam assistência aos usuários de álcool e outras drogas está relacionados às mudanças

de comportamentos em relação ao beber, pois esses comportamentos são altamente vulneráveis e tendem a se alterar constantemente. Se por um lado existem as explicações da neurociência que justificam a necessidade do uso pelo centro de recompensa do prazer no sistema nervoso central, por outro lado, diversas são as razões para a manutenção desse consumo, como visto anteriormente nos estudos de Edwards, Marshall, Cook (2005a), um indivíduo pode não apenas começar, mas manter o beber por diversas razões, e quando dependente muitas dessas razões ainda estão presentes e não necessariamente eliminadas pelo fato supra-adicionado da dependência. Assim, dependência, oferece razões para o beber que são verdadeiramente supra-adicionadas, e que podem dominar as muitas razões para o beber e de forma nociva, perfazendo assim um comportamento que se auto-mantém, ou mesmo entendido como um processo cíclico de momentos de melhora e outrora de recaídas. Dessa forma, é importante ressaltar que a curto período de tempo existem mudanças satisfatórias no tratamento, porém não se deve deixar a mercê do otimismo, fazendo a alusão de que o tratamento está definitivamente completo, pois a longo prazo as recaídas aumentam consistentemente, como demonstra o estudo a seguir.

Resultados modestos nas mudanças do comportamento do beber foram identificados ao avaliar as taxas de abstinência durante o tratamento, no estudo realizado por Orford e Edwards (1977) o qual indicou que no seguimento de dependentes que receberam tratamento, metade deles obtiveram sucesso, considerando uma frequência (menor que 10 dias) de consumo nesse período de dois meses, decorridos seis meses, esse índice foi de 35% e após dois anos de seguimento, caiu para 20%, demonstrando que ao longo do tempo as taxas de recaídas aumentaram.

Como descrito anteriormente e justificado por Edwards, Marshall, Cook (2005e) o padrão de beber não expressa uma forma única e definitiva, mas é um mecanismo complexo em que várias influencias motivacionais podem determinar o uso contínuo ou a abstinência do álcool e uma das formas de se identificar ou prevenir as recaídas, está em se fazer um bom investimento no trabalho do profissional, na tentativa de identificar caso a caso as influências determinantes desse fenômeno.

Um outro fato a ser considerado é que a diminuição da frequência e da quantidade de bebida ingerida, certamente resultará em melhora na saúde, na qualidade de vida e no funcionamento social, por isso é extremamente importante a atenção a ser prestada pelas equipes de saúde em relação ao padrão de consumo independente do seu grau, porém não se pode concentrar exclusivamente no ato de beber do indivíduo, de modo a perder de vista, o que foi descrito por Vaillant (1983, 1993) de que as intervenções só têm resultados quando estiverem de acordo com as possibilidades reais de mudança no indivíduo, na família e no ambiente social.

A amostra do presente estudo indicou ainda que o padrão de uso de álcool dos usuários do CAPS - ad II, apresentou resultados positivos para sua maioria, o que porém, deve ser visto com cautela, pois a análise foi realizada em um período curto de tempo e estudos indicaram que o padrão de consumo tende a se alterar, quando, analisados períodos maiores. Dessa forma, é de suma importância que os profissionais não se acomodem diante de tais resultados, mas que mantenham suas motivações acesas na busca de abordagens e intervenções criativas na tentativa de manter resultados mais otimistas e por mais tempo.

Observou-se ainda, em relação ao uso do álcool, que pacientes que beberam mais que cinco vezes na semana e os que gastaram mais que 50 reais por mês com

o uso de álcool apresentaram índices menores de consumo de um tempo para o outro no tratamento (Figura 6).

Os resultados apresentados evidenciam que vale a pena um investimento nas abordagens utilizadas nos tratamentos, em todos os níveis de gravidade de uso de álcool, sem descartar qualquer usuário, mesmo que apresentem quadros graves, que a princípio nos julgamentos de muitos profissionais, melhoras e recuperação não são esperadas. Edwards, Marshall, Cook (2005b) afirmam que tanto por parte da equipe, quanto do usuário, nunca há razão para não se acreditar na melhora.

Por fim Schuckit et al. (1997) conclui que embora seja difícil caracterizar os diferentes níveis e problemas relacionados ao beber, este conhecimento se revela de fundamental importância para que não se dividam os usuários em dois grupos, os tratáveis e os não tratáveis.

## **7.6 Área Legal**

Na Área Legal o presente estudo identificou que 8%(2), tiveram seus níveis de gravidade diminuído, 22(88%) mantiveram os mesmos níveis de gravidade e 4%(1) tiveram uma piora nas condições legais. Nesse grupo de variáveis é importante ressaltar que os pacientes não apresentaram problemas legais, seja com a polícia ou com a justiça, no entanto, a pontuação da gravidade desses problemas foi muito baixa.

De acordo com a literatura, o álcool vem sendo apontado como uma das principais drogas relacionada ao vários tipos de violências (violência domiciliar, brigas e outras mais), no entanto, esses dados não foram identificados no presente estudo, o que, por um lado pode ser justificado pelo fato de que esses tipos de

violências podem estar mais diretamente relacionados aos bebedores nocivos e nem tanto em indivíduos já dependentes.

O álcool é a substância mais citada em relação aos comportamentos de riscos devido aos efeitos sobre o agir, o qual aparentemente guarda relação com os atos de violência. A relação direta e mais comum entre o álcool e a agressão ocorre por meio da intoxicação, da desinibição do medo, com efeito da ação ansiolítica (Lavine 1997).

A saber, o álcool afeta a função cognitiva de tal modo que ocorre a diminuição da capacidade do indivíduo em planejar ações em resposta às situações ameaçadoras. O álcool também pode diminuir a percepção da dor, o que talvez seja uma das causas do maior número de agressões defensivas com a diminuição da tolerância a qualquer ato visto como agressivo. Ainda, pode servir como um mecanismo de gatilho para causar atos de agressão entre aqueles que realmente apresentam riscos de violência e quando expostos às situações vulneráveis (Feldman 1977). Por exemplo, tem sido descrito que pessoas que apresentam maior predisposição a comportamentos agressivos, tendem a apresentar maiores níveis de agressão quando usam álcool, em comparação com aqueles que também exibem altos níveis de agressão, mas não bebem

No Brasil, dados do CEBRID apontaram que 52% dos casos de violência doméstica estavam relacionadas ao uso do álcool (CARLINI et al, 2002).

Dentre outros tipos de violência, estudos apontam uma relação direta entre o consumo de álcool e crime (Baltieri, 2004). De acordo com Taylor (1995), Draine, Solomon, Meyerdon I (1994), o álcool pode ser a causa direta ou indireta de um crime e dentre todas as dependências é o que mais fortemente está associada a elevados índices de reincidência criminal.

Diante de altíssimos índices de acidentes de trânsito em bebedores abusivos apontados pela literatura, semelhantemente o presente estudo identificou que entre os pacientes do CAPS - ad II, apesar da inexpressiva gravidade apresentada nessa área, a violação de trânsito foi a variável que mais se destacou como problema.

Está cientificamente comprovado que o uso de bebidas alcoólicas aumenta a probabilidade de acidente, na medida em que modifica a capacidade perceptiva visual e auditiva, diminui a coordenação motora e os reflexos, ainda o comportamento (estados de desinibição e euforia, perda da capacidade de julgamento e falsa sensação de segurança, etc.) tanto nos condutores de veículos quanto nos pedestres (MELCOP; OLIVEIRA, 1997).

Nesse sentido, o consumo de álcool aparece também potencialmente relacionado com o agravamento de acidentes de trânsito. Segundo dados de Leal, (2005) o saldo de mais de 350 mil acidentes de trânsito que ocorrem anualmente no Brasil, são de 33 mil pessoas mortas e mais de 400 mil feridos (dados divulgados pelo Conselho Nacional de Trânsito - CONTRAN), números assustadores, porém tornam-se ainda mais alarmantes quando, constatado que mais de 70% encontravam-se alcoolizados. Mecanismos de enfrentamentos para reverter esse problema estão diretamente direcionados as políticas preventivas e de controle do uso do álcool entre os motoristas.

Dessa forma, o Brasil recentemente teve um grande avanço em relação as medidas de controles em relação ao uso do álcool, pois em resposta ao grave cenário do dirigir embriagado, o governo acabou de sancionar a Lei 11.705 e o Decreto 6.488, na tentativa de diminuir esses índices. A nova lei de trânsito, na prática é simples, a pessoa não pode mais beber e dirigir. A tolerância para o teor alcoólico é de 0,2 decigramas no sangue ou 0,1 miligrama na calibragem do

bafômetro. Se o motorista for flagrado acima do limite de 0,1 mg, recebe uma multa no valor de R\$955 e perde a carteira de habilitação por 12 meses. Caso o limite seja acima de 0,3 decigramas (bafômetro) e 0,6 mg (sangue), há detenção, processo crime e o motorista pode receber até três anos de prisão (DENATRAM, 2008).

Mesmo que os dados dessa amostra não tenham apontado que os dependentes de álcool do CAPS - ad tenham um comprometimento tão grave com a área Legal é importante não perder de vista todas as possíveis complicações que o indivíduo pode enfrentar com o consumo de bebidas.

### **7.7 Área Relação familiar e Social**

Ao avaliar a Área Família/ Social observou-se que 44%(11) tiveram respostas positivas, 32%(8) não tiveram nenhuma mudança e 24%(6) tiveram uma resposta negativa nesta área.

O uso freqüente e abusivo do álcool normalmente traz várias implicações no âmbito familiar e social. Estudo realizado na França, em um ambulatório de assistência a dependentes de álcool, com ênfase em intervenções médicas, psíquicas e de apoio social, os dados apontaram para elevada pontuação do ASI na área social dos dependentes com maior grau de severidade (NALPAS et al, 2006).

Embora os dados da presente amostra tenham sido positivos para a área de família e social, entende-se a dificuldade de ressocialização do dependente de qualquer substância psicoativa frente ao progressivo comprometimento que o uso da substância promove nestas áreas. Corroborando ao estudo de Possa e Durman (2007) as pessoas com história de alcoolismo e outras drogas ilícitas, ao longo da dependência, vão rompendo com os vínculos até então construídos, dentre eles se

encontram a família, os amigos e os colegas de trabalho. Dessa forma muitas vezes torna-se incapaz de prover e suprir seu próprio sustento e o da família o que o coloca negativamente mais afastado do meio social. Os autores acreditam que trabalhar a ressocialização é dar prioridade aos aspectos sociais e econômicos do dependente de modo que ele possa retomar sua autonomia para a vida e para o meio social.

Neste estudo, nota-se ainda que existem evidências de significância para a variável escolaridade. Os indivíduos com escolaridade superior apresentaram menor gravidade de problemas nas relações familiares e sociais do que os demais, que ostentam níveis mais baixos de escolaridade. Ainda assim é importante destacar que os indivíduos com escolaridade superior apresentaram uma piora ao longo do tratamento enquanto os indivíduos com baixa escolaridade melhoraram nas suas relações familiares e sociais.

A organização familiar mantém uma posição de influência na evolução do prognóstico do dependente (Figlie 2004), dessa forma, atinge toda a família, muitas vezes a mantém isolada em seus problemas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Acredita-se que três meses, é um tempo suficiente para que o usuário se estabilize no tratamento e conseqüentemente apresente melhora no quadro geral de áreas da vida. A indicação de que o usuário com maior escolaridade apresentou índice maior de problemas no tempo de três meses de tratamento com relação às condições familiares e sociais, nos leva a pensar que as pressões familiar e social destes usuários sejam mais incisivas e freqüentes do que no meio familiar e social de usuários que tenham níveis mais baixos de escolaridade, pois nesses últimos a expectativa em relação ao sucesso são menores, a medida que não se espera muito

deles e o restabelecimento da harmonia familiar e o reconhecimento do status social contribuem para amenizar os problemas nessa área.

Diferentemente do que pode ocorrer com as famílias de usuários com nível superior - onde as expectativas de sucesso são maiores e quando não correspondidas, podem levar a uma desarmonia familiar e social, que até então, não se justificava porque o usuário estava na situação de “doente” - a partir do momento em que o usuário busca o tratamento, aumenta-se a expectativa da família na sua reinserção no trabalho e na vida social e quando isto não ocorre no mesmo ritmo ou velocidade do desejo familiar, é possível o agravamento destes problemas. Para contribuir com essa explicação pode-se citar Edwards, Marshall, Cook (2005f) que ajudam na análise e entendimento deste tema em particular, ao afirmar que as famílias trazem todos os tipos de expectativas que tem com base nas suas experiências de vida vivenciada na família primária.

A variável religião também mostrou-se como fator de influência para melhorar as relações familiares e sociais, pois observou-se que os usuários que declararam ter uma religião, apresentaram menores gravidades nas relações com a família e nas relações sociais do que aqueles que não tem nenhuma crença religiosa. A religiosidade e o uso de drogas têm sido objeto de muitos estudos, pois a religião tem se apresentado com uma dimensão muito significativa na experiência pessoal e social das pessoas e causam certamente um impacto sobre o comportamento. Dalgarrondo, Soldera, Filho e Silva (2004), afirmam que estudos realizados em vários contextos socioculturais indicaram que, na população jovem, os adolescentes que não tinham nenhuma religião ou que estavam vinculados a religiões mais liberais apresentaram maior consumo de álcool e drogas.

Nota-se também que o tempo de uso entre 10 a 20 anos de álcool, caracteriza-se por uma pior situação na relação familiar/social do que a dos usuários que já usam o álcool há mais de 20 anos ( $p=0,04$ ).

Uma das razões que justificam esta maior gravidade vem bem delineada no estudo feito por Edwards, Marshall, Cook (2005f), ao apontarem que, na medida em que o uso vai se cronificando, é provável que o dependente perca a sua reputação, ocasionando uma mudança no modo como as pessoas passam a se relacionar e reagir com ele. De um modo geral, após 20 anos, já com o poder destrutivo do álcool estabelecido, o usuário tende a se distanciar do seu meio familiar e social, o que leva a uma diminuição da possibilidade de surgirem situações de tensão e conflitos.

## **7.8 Área Psiquiatria**

Quanto à Área Psiquiátrica, o presente estudo apontou que 64% (16) dos dependentes apresentaram diminuição na gravidade das condições psíquicas e emocionais, 4%(1) mantiveram-se sem alterações psíquicas e 32% (8) apresentaram um incremento na gravidade dos problemas psiquiátricos.

Como é sabido são altas as ocorrências de transtornos mentais e de comportamento nos usuários de substâncias psicoativas (MARQUES, 2007).

Dentre eles se destaca o que foi realizado por Lotufo-Neto e Gentil (1994) sobre ataques de pânico e fobias em pacientes dependentes de álcool e também a prevalência dos que abusavam ou eram dependentes e que procuravam o ambulatório para diagnóstico de transtornos do pânico/agorofobia. Os resultados indicaram que estes transtornos estavam associados a uma maior gravidade da dependência do álcool.

Entre outros agravos, um estudo indicou que 20% a 45% dos pacientes que apresentaram quadro de ansiedade, relataram o uso problemático de álcool (COX, NORTON, SWINSON, 1990).

Num dos estudos mais citados na literatura de todos os tempos, o Levantamento Epidemiológico Americano (ECA) 1986, identificou que metade (50%) dos indivíduos com diagnóstico de dependência apresentou mais que uma morbidade psiquiátrica associada, com prevalência para a depressão (30% a 50%) e transtornos de ansiedade (28%).

As comorbidades psiquiátricas estão altamente presentes e associadas ao uso de álcool e drogas (ALTERMAN, MCLELLAN, SHIFMAN, 1993; WILLINGER, LENZINGER, HORNIK, et al, 2002). Sendo assim a atenção a essas condições precisam ser prioridade nos atendimentos (WILLINGER, LENZINGER, HORNIK, et al, 2002). Dessa maneira podemos dizer que as intervenções do CAPS-ad II têm surtido resultados positivos em relação aos que fazem uso do álcool associado aos transtornos psiquiátricos, pois a maioria apresentou melhora nos sintomas relatados.

Observou-se também no presente estudo com evidências estatísticas significativas que em relação à Área Psiquiátrica do ASI, à medida que a idade vai aumentando o escore vai diminuindo, o mesmo ocorreu para o sofrimento psíquico entre os usuários que fazem uso de bebidas alcoólicas há mais de 20 anos (TABELA 5).

Os dados disponíveis a esse respeito na literatura são escassos dificultando assim uma discussão mais profunda, por outro lado, não permitem um embasamento explicativo para este fenômeno, mas o que poderia explicar em parte é a possibilidade de que a medida que a idade avança, traz com ela uma maior

maturidade, o que pode favorecer a acomodação e melhor adaptação às condições psíquicas e emocionais vivenciadas.

Um estudo Internacional realizado pelo Alto Comissariado da Saúde de Portugal (Ministério da Saúde de Portugal, 2008), revelou que existe uma tendência de que o sofrimento psíquico diminui em homens e mulheres a partir dos 65 anos de idade, porem não envolve a questão do uso do álcool.

Ao avaliar a variável renda e a Área Psiquiátrica, apurou-se evidência de estatísticas significativas entre os usuários que recebem até 1000 reais chegaram ao tratamento com problemas mais graves na área psíquica e emocional. Um elo forte entre a saúde mental e a pobreza foi encontrado na literatura, com alguns autores defendendo que a pobreza pode ser fator de risco maior para o sofrimento psíquico, porque a população menos favorecida está mais exposta a constantes situações de stress, falta de perspectiva e esperança de condições melhores, o que as torna mais vulneráveis à transtornos mentais (BASAGLIA. 1980, LOYELLO, 1986).

Na área psiquiátrica, estudo realizado por Charney et al (2005), mostrou que, de uma amostra de 326 dependentes de álcool e drogas, 63% apresentavam sintomas psiquiátricos de ansiedade, depressão ou os dois sintomas associados. Desses dependentes que apresentaram sintomas psiquiátricos associados e piores prognóstico quando comparados com os que não tinham os sintomas associados, e conseguiam permanecer menos tempo em abstinência que os demais.

Alterman, McLellan, Shifman (1993); Willinger, Lenzinger, Hornik, et al (2002) confirmam que dependentes de álcool e drogas com comorbidades psiquiátricas apresentam piores prognósticos e necessitam de maior atenção no tratamento do que aqueles que não têm associado nenhum transtorno mental.

*Conclusões*

## 8. CONCLUSÕES

O objetivo desse estudo foi avaliar as mudanças ocorridas nos aspectos sociais e de saúde entre os pacientes com diagnóstico de síndrome de dependência do álcool atendidos no CAPS - AD II de Ribeirão Preto, no período de três meses, por meio da escala ASI.

Este estudo é inédito, pois é a primeira vez que as mudanças e evoluções ocorridas em referidas áreas entre os pacientes dependentes usuários do CAPS-AD II foram avaliadas.

Os resultados obtidos confirmam dados da literatura sobre o uso do álcool e sua interface com a saúde e conseqüências sociais.

Foram analisados os problemas relacionados ao consumo de álcool e os prejuízos nas áreas de saúde física e mental, nas relações familiares e sociais e trabalho. Nesse cenário reafirma-se a necessidade de um investimento sistematizado por parte dos profissionais do CAPS-AD II nas ações de saúde, desenvolvimento e aprofundamento na construção do conhecimento, seja nas práticas preventivas, seja no tratamento.

Outro dado relevante encontrado foi em relação à idade média dos dependentes de álcool que buscaram o tratamento especializado, que é de 46 anos, o que sinaliza para o fato de que, até que eles venham a procurar a assistência do CAPS ad II, os problemas decorrentes do uso de álcool, se tratados, o foram somente na rede primária de saúde. A literatura respalda estes dados, ao referir que os usuários de álcool e drogas só buscam uma assistência quando realmente suas

condições de saúde já estão agravadas, e até que se obtenha este diagnóstico, a doença já se encontra cronicada. Considerada a demora para que se inicie o tratamento ou mesmo a possibilidade de aplicação de intervenções inadequadas ao quadro, isto pode levar, ainda, a piores prognósticos e condições gerais mais graves, o que aponta para a urgente necessidade de capacitação profissional, principalmente na rede primária, para que se tenha uma atenção mais adequada aos usuários de álcool e drogas. As condições gerais dos dependentes de álcool quando procuraram o serviço especializado, conforme dados coletados no primeiro momento da entrevista, eram muito ruins, com elevados índices de gravidade dos problemas relativos às áreas médica, de emprego e sustento, na relação familiar e social, no uso do álcool, nas condições psíquicas e emocionais. Na área legal, não foram coletados dados de significância.

Diante desta realidade, há um ponto em que é necessário se repensar as estratégias do CAPS – AD II quanto ao primeiro acolhimento que se dá através de Grupos, de modo que, em casos de maior gravidade de dependência do álcool, seja oferecida primeiramente a possibilidade de desintoxicação do paciente pois embora alguns não sofram com os sintomas da síndrome de abstinência, há casos em que eles apresentam uma enorme incapacidade de lidar com ela e a prestação de um auxílio imediato, inclusive com o auxílio de medicações, pode auxiliar de maneira efetiva, para que ele supere esta fase e tenha uma motivação para cessar ou controlar o uso.

Desse modo, esses resultados sugerem que os serviços de tratamento devem adotar modelos de abordagens que atendam às mais variadas necessidades dos usuários do serviço, porque a adoção de uma modalidade única pode levar a uma inadequada e limitada oferta de atenção, podendo cronicar ainda mais o problema.

Várias pesquisas indicam que nenhuma abordagem de tratamento pode ser reconhecida como efetiva para todos os indivíduos que apresentem problemas relacionados a bebidas alcoólicas. Frente a isto, há de se questionar sobre a possibilidade de se reconhecer a existência de modalidades de tratamentos que sejam mais eficazes em comparação a outras, ou de uma forma mais singela, se perguntar: quais tratamentos realmente funcionam?

A avaliação das diversas formas de tratamento é uma tarefa urgente, sem a pretensão de se exaurir o tema, o que não é possível, mas buscando, de forma sistemática, apurar o que tem sido feito, onde se tem chegado e o que pode ser implementado para que se obtenham melhores resultados.

Reportando ao tema deste trabalho, pela análise dos dados obtidos, pode-se extrair relevantes resultados, relativos a evolução dos dependentes de álcool pesquisados, pois observou-se que decorridos três meses de tratamento houve significativa mudança no comportamento de beber em 85% da amostra, o que abrange desde a redução na frequência do consumo à abstinência total. Vale anotar aqui que dados da literatura sugerem que tratamentos baseados unicamente na busca da abstinência total deixarão de fora uma grande parcela de dependentes que poderiam se beneficiar com a simples redução dos danos.

Dada a natureza e metodologia adotada na condução deste estudo, não foram objeto de análise as diversas modalidades de intervenções, o que impede que os resultados obtidos possam ser atribuídos a esta ou aquela intervenção terapêutica específica do CAPS – AD II, o que pode ser objeto de estudo mais aprofundado e específico no futuro.

Este estudo, permitiu concluir que através do instrumento ASI foi possível mensurar a evolução dos dependentes de álcool nas mais variadas áreas da vida,

revelando-se um instrumento válido e confiável para mensurar as mudanças no período de três meses.

Enfim, identificar as diversas características sociais e de saúde dos dependentes de álcool do CAPS - AD II de Ribeirão Preto – SP, mensurando a qualidade do serviço oferecido e a evolução dos usuários do sistema, possibilita que se tenha um melhor norteamento e planejamento da assistência a ser prestada a essa população, por meio da obtenção de dados específicos desse particular tipo de serviço.

# *Referências*

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOU-SALEH, M. T. **Substance use disorders: Recent advances in treatment and models of care.** *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 61 (3): 305-310, 2006.

ALLEN, K. **Attitudes of registered nurses toward alcoholic patients in a general hospital population.** *Int. J Add* , 28 (9), p.923- 30, 1993.

ALTERMAN, A. I.; MCLELLAN, A.T.; SHIFMAN, R.B. **Do substance abuse patients with more psychopathology receive more treatment?** *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181:576-582, 1993

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 th edn (DSM-IV).** Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

BALTIERE, D. A. **Álcool, crime e leis.** *J Brás Dep quim*, 5(1), 37-49, 2004. Disponível em: Aldeia Jurídica Global. C:\Documents and Settings\User\Meus documentos\Álcool,crime e leis\_ — Aldeia jurídica global - Law around the world.mht

BASAGLIA, F. **Em busca de necessidades perdidas.** *Civilização Brasileira*, Rio de Janeiro, 1980.

BERNIK, M. A.; ANDRADE, A. G.; GODIM, M.; NICOLELA, M. T.; NEGRO JUNIOR, P. J. **Seguimento de seis meses de alcoolistas atendidos em dois programas de atendimento ambulatorial.** *Revista. ABPAPAL*, 11(4), p. 133-140, 1989.

BLUE, I. **Individual and contextual effects on mental health status in São Paulo, Brazil.** *Rev. Brasileira de Psiquiatria*. V. 22, n.3, p.116-123, 2000.

BLUME, T .W.; GREEN, S.; JOANNING, H.; Quinn, W. S. **Social role negotiation skills for substance-abusing adolescents: a group model.** *J Subst Abuse Treat* 11 (3): 197-204, 1994.

BLUME, S. **Women and alcohol.** *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 256, p. 1467-70, 1986

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química- Entrevista Motivacional**. Roca, São Paulo, Cap. 18, p. 221- 48, 2004.

BOTTLENDER, M.; SOYKA, M. **Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment**. Eur Addict Res 11(3), p.132-7, 2005.

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. Ver. Ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 57 p., 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3. ed. Revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, Brasília Saúde**, p. 18, 2003.

BUCHER, R.; FARES, A.T.; PELEGRINI, R.; OLIVEIRA, R.M.; CARMO, A. **Avaliação Qualitativas dos Atendimentos dos Usuários de Drogas**. Revista ABP – APA I 17 (2), 1995.

CABALLO, V. E. Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. Ed. Santos, São Paulo, 2003.

CAETANO, R. **The association between severity of DSM-III-R alcohol dependence and medical and social consequences**. Addiction 88, p. 631-42, 1993

CASTEL, S.; FORMIGONI, M. L. O. S. **Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais**. rev. Psiq. Clínica. 26 (1) ed p. 1-46, 1990.

CAMPBELL, W. G. **Evaluation of a residential program using the Addiction Severity Index and stages of change**. J Addict Dis. 1997, 16 (2), p. 27-39.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. **I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: CEBRID UNIFESP, 2002.

CASTRO, Karen. **ÁLCOOL E TRABALHO: Uma Experiência de Tratamento de Trabalhadores de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro. ENSP/FIOCRUZ/CESTHE, 2002.

CHARNEY, D. A.; PALACIOS-BOIX, J.; NEGRETE, J. C.; DOBKIN, P. L.; Kathryn J. GILL, k. j.; **Association Between Concurrent Depression and Anxiety and Six-Month Outcome of Addiction Treatment.** *Psychiatric Services*. August 2005 Vol. 56 No. 8 pg. 927-33. Disponível em: <http://ps.psychiatryonline.org>

CHICK, J. **Alcohol problems in the general hospital.** In **Alcohol and AlcoholProblems.** ed. Edwards, G. and Peters, T. J. British Medical Bulletin 50, 200-10. London, Churchill Livingstone, 1994.

COTTLER, L. B.; PHELPS, D. L. ; COMPTON, W. M. Narrowing of the drinking repertoire criterion: should it have been dropped from ICD 10? *Journal of studies on Alcohol* 56, p. 173-6, 1995.

COX, B. J.; NORTON, G. R.; SWINSON, R. P.; ENDLER, N. S.; **Substance abuse and panic-related anxiety: a critical review.** *Behav Res Ther*, 28(5) p. 385-93, 1990

CUNHA, S. M.; CARVALHO, J. C. N.; KOLLING, N. M.; SILVA, C. R.; KRISTENSEN, C. H. **Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório.** *Rev. bras.ter. cogn.* v.3 n.1 Rio de Janeiro jun. 2007

CURRIE, S. R; EL- GUEBALY, N.; COULSON, R.; HODGINS, D.; MANSLEY, C. **Factor validation of the addiction severity index scale structure in persons with concurrent disorders** *Psychol Assess*;16(3): p..326-9, 2004.

[DAEPPEN, J. B.; BURNAND, B.; SCHNYDER, C.; BONJOUR, M.; PÉCOUD, A.; YERSIN, B.](#) **Validation of the Addiction Severity Index in French-speaking alcoholic patients.** *J Stud Alcohol*. 1996 Nov;57(6):585-90.

DALGALARRONDO, P.; SOLDERA, M. A.; FILHO, H. R. C. e SILVA, C. A. M. **Religião e uso de drogas por adolescentes.** *Rev Bras Psiquiatr*;26(2) p. 82-90, 2004.

**DATASUS- Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2001**  
IDB-2001. Disponível em: (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/> ou <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>).

DAWSON, D. A.; LI, T-K.; GRANT, B. F. **A prospective study of risk drinking: At risk for what?** Drug and Alcohol Dependence, 95: 62–72, 2008

DENATRAN – Departamento Nacional de Trânsito. **Alterações na legislação de trânsito sobre álcool e direção.** Disponível em: [http://www.denatran.gov.br/ultimas/20080626\\_alcool\\_direcao.htm](http://www.denatran.gov.br/ultimas/20080626_alcool_direcao.htm) Publicado em 26 de junho de 2008.

DRAINE, J.; SOLOMON, P.; MEYERDON, A.; Predictors of reincarceration among patients who received psychiatric services in jail. Hosp Community Psychiatry 1994; 45 (2): 163-167

DUCKITT, A.; EDWARDS, G.; OPPENHEIMER, E.; SHEEHAN, M. AND TAYLOR, C. **Alcoholism and the nature of outcome.** British Journal of Addiction. 80, p.171-83, 1985.

*ECA - The National Institute of Mental Health — Epidemiologic Catchment Area (NIMH-ECA) program. [Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Volume 21, Number 4 / December, 1986](#)*

EDWARDS, G.; MARSHALL, J.; COOK, C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 4ª ed., cap.4, p.55-71, 2005a.

EDWARDS, G.; GROSS, M. M. **Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome.** Br Med J 1976;1: 1058-61.

EDWARDS, G.; GROSS, M. M.; KELLER, M.; MOSER, J.; ROOM, R. **Alcohol-related Disabilities.** WHO Offset Publication No. 32 Geneva WHO, 1977.

EDWARDS, G. **The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry.** British Journal of Addiction 81, p. 171-83, 1986.

EDWARDS, G.; MARSHALL, J.; COOK, C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 4ª ed., cap.17 p. 234-48, 2005b.

EDWARDS, G.; MARSHALL, J.; COOK, C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 4ª ed., cap.19 p. 258-80, 2005g.

EDWARDS, G.; DARE, C. **Psicoterapia e Tratamento de Adições.** Porto Alegre, Artes Médicas, p. 173-188, 1997

EDWARDS, G.; MARSHALL, J.; COOK, C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 4ª ed., cap.13, p.177-86, 2005c.

EDWARDS, G.; MARSHALL, J.; COOK, C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 4ª ed., cap.5 p. 73-81, 2005f.

EDWARDS, G.; MARSHALL, J.; COOK, C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 4ª ed., cap.2. p. 29-39, 2005h.

EDWARDS, G.; MARSHALL, J.; COOK, C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 4ª ed., cap.6 p. 83-91, 2005d.

EDWARDS, G.; MARSHALL, J.; COOK, C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 4ª ed., cap.21 p. 292-300, 2005e.

EDWARDS, G.; MARSHALL, J.; COOK, C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 4ª ed., cap.22, p.301-16, 2005b.

FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. Revista Brasileira de Psiquiatria ISSN 1516-444 volume 26 suplemento.1 São Paulo, Maio 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

FIGLIE, N. B.; PILLON, C. S. Dependência Química: Novos Modelos de Tratamento-Orientação Familiar em Dependência Química. Outros autores: Arthur Guerra, Marcos da Costa Leite, Ronaldo Laranjeira, São Paulo, Roca, cap.10, p.125-42, 2001

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química.** São Paulo, Roca, cap.1, p. 3-11, 2004.

FIGLIE, N. B.; **O tratamento da família na dependência Química.** Disponível em: [http://www.adroga.casadia.org/codependencia/codependencia\\_tratamento\\_familia\\_dependencia.htm](http://www.adroga.casadia.org/codependencia/codependencia_tratamento_familia_dependencia.htm) , 2004.

FOCCHI, G. R. A.; ANDRADE, A. G. **Dependência Química: Novos Modelos de Tratamento - Abordagens Não Farmacológicas no Tratamento das Dependências.** Outros autores: Arthur Guerra, Marcos da Costa Leite, Ronaldo Laranjeira, São Paulo, Roca, cap. 6, p.103-08, 2001.

FONTES, A.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA R. **O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento.** Revista de Psiq. Clín. 33(6), p. 304-12, 2006.

FRANKEN, I. H. A.; HENDRIKS, V. M. **Predicting Outcome of Inpatient Detoxification of Substance Abusers.** PSYCHIATRIC SERVICES © June 1999 Vol. 50 No. 6 PSYCHIATRIC SERVICES © June 1999 Vol. 50 No. 6

FRIEDMANN, P. D.; ZHANG, Z.; HENDRICKSON, J.; STEIN, M. D.; GERSTEIN, D. R.; STEIN, M. D. **Effect of Primary Medical Care on Addiction and Medical Severity in Substance Abuse Treatment Programs.** J Gen Intern Med. 2003 January; 18(1): 1–8.

GALANTER, M. (1998). Citado por Cláudio Jerônimo da Silva; Luís André P. G. Castro; Ronaldo Laranjeira. **Diagnóstico e tratamento da dependência e uso nocivo de álcool.** Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos/diagnostico-tratamento-dependencia-alcool-1.shtml>

GRANT, B. F. ; HARFORD, T. C.; CHOU, P. ; PICKERING, R. **DSM-II-R and the proposed DSM-IV alcohol use disorders, United States 1988. A methodological comparison.** Alcoholism: Clinical and Experimental Research 16, p. 215-21, 1992.

GRANT, B. F. **Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey.** J Stud Alcohol 58 (5): 464-73, 1997.

HEATHER, N.; ROLLNICK, S.; WINSTON, M. **A comparison of objective and subjective measures of alcohol dependence s predictors of relapse following treatment.** British Journal of Clinical Psychiatry 22, p. 11-17, 1983.

HODGSON, R.; RANKIN, H. J. AND STOCKWELL, T. **Alcohol dependence and the priming effect.** Behaviour Research and Therapy 17, p. 379-87, 1979.

HOLMILA, M; RAITASALO, K. **Gender differences in drinking: why do they still exist?** Addiction, CISA (Centro de Informações sobre Saúde e Alcool), 100, p.1763–1769, 2005. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhIdTexto=f0f711ff6f9cd78d85a42b6195ac77ee>

HUNT, W. A.; BARNETT, L. W. ; BRANCH, L. G. **Relapse rates in addiction programs.** Journal of Clinical Psychology, 27, p. 455-456, 1971.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Broadening the Base of Treatment for alcohol Problems.** Washington, DC: National Academy Press, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE -Pesquisa Mensal de Emprego Maio/ 2008. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Mensal\\_de\\_Emprego/fasciculo\\_indicadores\\_ibge/](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Mensal_de_Emprego/fasciculo_indicadores_ibge/)

JUNIOR, F.; MARTINS, I. Alcoolismo e trabalho / Alcoholism and work. Rev. bras. saude ocup;18(70):50-2, abr.-jun. 1990.

KANDEL, D.; CHEN, K.; WARNER, L. A. et al. **Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population.** Drug Alcohol Depend 44 (1), p. 11-29, 1997.

KERR, N. **Inebriety, its Etiology, Pathology, Treatment and Jurisprudence.** Edinburgh: H.K. Lewis, 1888.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. **Manual de Aplicação da Sexta Versão da Escala de Gravidade de Dependência ASI6.** 1ª edição, Suliani Editografia Ltda, 50 p., 2006.

KENKEL D. S. **Health behavior, health knowledge and schooling.** Journal of political and Economics 99 287-305 1991.

Kokkevi, A., & Hartgers, C. **Europe ASI: European adaptation of a multidimensional assesment instrument for drug and alcohol dependence.** European Addiction Research, 1(4), p. 208-210, 1995.

LALANDE, André. Vocabulário técnico e crítico de filosofia. 1993 Disponível em: <http://medlineplus.gov/spanish/>. Acesso em 31/07/2006.

LARANJEIRA, R; SURJAM, J. **Conceitos básicos e diagnóstico**. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 2 (Supl 1), p. 2-6, 2001.

LARANJEIRA, R. **Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, abril 1996, vol. 45, n 4, p. 191-199.

LARANJEIRA, R. **O álcool na Clínica Médica**. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v.44 n.4 São Paulo oct./dic. 1998.

LEAL, J. J. **Alcoolismo e Acidentes de Trânsito**. Disponível em: <http://www.mundojuridico.adv.br/cgi-bin/upload/texto947.rtf> Publicado em: 23/10/2005

**I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira ...[et al.] ; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas, p. 76, 2007.

**II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil II 2005** / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], São Paulo: CEBRID/ UNIFESP - Paulo/ SENAD, Gabinete de Segurança Institucional, p. 388-93, 2006.

**I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira** . Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira, Ilana Pinsky, Marcos Zaleski, Raul Caetano. ; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas, p. 76, 2007.

LIEBER, C. S. **Medical disorders of alcoholism**. *New England Journal of Medicine* 333, 1058-65, 1995.

LIMA-COSTA, M. F., BARRETO, S. M., GIATTI, L. **A Situação sócio econômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil?** Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio – PNAD/ 98. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002;7:285-295.

LITTELL, R. C. MILLIKEN, G. A., STROUP, W. W., WOLFINGER, R. D. **SAS System for Mixed Models**, Cary, NC, SAS Institute Inc, 1996.

LONECK B, GARRETTE, J A, BANKS S M. **A comparasion of the Johson Intervention with for other methods of referral to outpatient treatment.** Am J Drug Alcohol Abuse. 1996 22, 233-46.

LOTUFO- NETO, F. e GENTIL, V. **Alcoholism and phobic anxiety- A clinical-demographic comparison.** Addiction, v. 89, n. 4 p. 447- 453, 1994.

LOYELLO, W. **Conferências na EPM.** Impresso. Mimeo. São Paulo, 1986.  
LUIS, M. A. V; PILLON, S. C. **Assistência a Usuários de Álcool e Drogas no Estado de São Paulo. Uma amostra de Serviços e Programas - NAPS-F Um Modelo de Atenção para Usuários de Substâncias Psicoativas,** Editora Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, p.121-130, 2004.

MACCAUL, M. E.; SVIKIS, D.; MOORE, R. **Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics.** Rev. Drug and alcohol dependence vol. 62, nº1, p. 9-17, 2001. Disponível em: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=939185>

MCGAHAN, P . L.; GRIFFITH, J. A.; PARENTE, R.; MCLELLAN, A. T. **Addiction Severity Index - Composite Scores Manual.** Pennsylvania, The University of Pennsylvania – Veterans Administration Center for Studies of Addiction, 1986.

MCLEAN, R .A., SANDERS, W. L., STROUP, W. W. **A Unified Approach to Mixed linear Models,** *The American Statistician*, v. 45, p. 54-64, 1991

MCLELLAN, A. T. **Have we evaluate addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective** In: MCLELLAN, T. A.; LEWIS, D. C.; O'BRIEN, C. P.; KLEBER, H. The implications of "drug dependence: a chronic illness". 2000. Disponível em: [www.tresearch.org/Training/drugdepen.htm](http://www.tresearch.org/Training/drugdepen.htm).

MCLELLAN, A.T., CACCIOLA, J. S., ALTERMAN, A. I., RIKOON, S. H., e CARISE, D. **The Addiction Severity Index at 25: Origins, Contributions, and Transitions.** *The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. American Journal of Addiction.* 15 (2) P.113-24, 2006. Disponível em:<http://www.tresearch.org/resources/pubs/ASlat25.pdf>

MANSON, L.; RITSON, B. **Alcohol and Health. A hand book for nurses, midwives and health visitors.** London Medical Council on Alcoholism, 1984.

MARQUES, A. C. P. R.; **Tratamento das Comorbidades Psiquiátricas e Dependência de álcool - Boas práticas no tratamento do uso e dependência de**

**substâncias/** organizadores: Daniel Cruz Cordeiro, Neliana Buzi Figlie, Ronaldo Laranjeira, São Paulo, p. 40 a 49 , 2007.

MELCOP, A.G., OLIVEIRA, E.M. (coord.) *Impacto do uso de álcool e outras drogas em vítimas de acidentes de trânsito*. ABDETRAN, Brasília, 1997. Ver também: OLIVEIRA, E.M., MELCOP, A. G. *Álcool e Trânsito*. Instituto FAID. Recife, 1997.

MILLER, W. R. AND HESTER, R. K. **The effectiveness of alcoholism treatment: what research reveals. In Treating Addictive Behaviors: Processes of Change.** ed. Miller, W.R. and Heather, N, New York: Plenum Press, p.121-74, 1986.

MINTO, C.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; GORAYEB, R.; LAPREGA, M. R. ; FURTADO, E. F. **Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária.** Epidemiol. Serv. Saúde v.16 n.3 Brasília set. 2007

Moyer A, Finney J, Swearingen C, Vergun P. **Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatmentseeking and non-treatment seeking populations.** Addiction 2002;97:279-292

MOOS, R. H.; MOOS. B. S. **Paths of Entry Into Alcoholics Anonymous: Consequences for Participation and Remission. Alcoholism: Clinical and Experimental Research.** 29, No. 10, SAS/STAT® User's Guide, Version 9, Cary, NC, USA: SAS Institute Inc., 2002-2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL. **Saúde Mental em Portugal.** Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Gabinete de Informação e Prospectiva, Boletim Informativo n. 1/abril 2008.

MUFTI, K. A., SAID, S., FAROOG, S., HAROON, A., NAZEER, A., NAEEM, S., HUSSAIN, I. FIVE YEAR FOLLOW UP OF 100 HEROIN ADDICTS IN PESHAWAR. Horizon, EE32, Nishterabad, Peshawar, Govt. Mental Hospital, Peshawar, DATC, Lady Reading Hospital, Peshawar, Hayatabad Medical Complex, Peshawar, Pakistan, 2004, Disponível em: <http://www.ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/16-3/KhalidMufti.htm>

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. **The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability, from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.** Cambridge, Massachusetts Harvard School of Public Health to World Health Organization and World Bank. Global Burden of Disease and injury Series, Vol I, 1996.

NALPAS, B., MATELAK, F., MARTIN, S., BOULZE, I., BALMES, J-L. e CROUZET, C.. **Clinical management methods for out-patients with alcohol dependence.**, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2006, 1:5 February/2006. Disponível em: <http://www.substanceabusepolicy.com>

NIDA. **Principles of Drug Addiction Treatment: a research-based guide.** Bethesda, Maryland, The National Institute on Drug Abuse. National Institute of Health, The US. Department of Health and Human Services. USA, 2001.

NOWLIS, H. **Introdução e visão de conjunto. In: A verdade sobre as drogas.** A UNESCO e seu programa. Instituto Brasileiro de Educação, Ciência e Cultura (IBECC) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 11-21, 1975.

NOWLIS, H. **Modelos de Análise do Uso de Drogas e de Intervenção Terapêutica: Algumas Considerações. A verdade sobre as drogas.** Lisboa, GPCCD, 1979.

ORFORD, J.; EDWARDS, G. **Alcoholism.** Oxford: Oxford University Press, v. 26, 1977.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID -10, Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

PAILLE, F.M.; GUELF, J.D.; PERKINS, A.C.; ROYER, J.R.; STERU, L.; PAROT, P. **Double-blind randomized multicentre trial of acamprozat in maintaining abstinence from alcohol.** *Alcohol Alcohol.* 30(2), p. 239-47, 1995.

PILLON, S. C. ; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, p. 2, 2004.

POSSA, T.; DURMAN, S. Processo de ressocialização de usuários de substâncias lícitas e ilícitas. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.) v.3 n.1 Ribeirão Preto ago. 2007, p.00-00. ISSN 1806-6976

RAMOS, S. P; WOITOWITZ. A. B. **Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso.** *Rev. Bras. Psiquiatr.*, May 2004, vol.26 suppl.1, p.18-22. ISSN 1516-4446.

RAMOS, T. **Alcoolismo: trabalho e violência** , Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ/CESTEH, 2002.

RANKIN, H.; STOCKWELL, T.; HODGSON, R. **Cues for drinking and degrees of alcohol dependence**. British Journal of Addiction 77, p. 287-96, 1982.

RASSOL, G. H; GAFOOR M. **Addiction Nursing: Perspectives on professional and clinical practice**. Cheltenham; Ed Stanley Thomes , 1997.

SAITZ, R; HORTON N. J; LARSON M.J; WINTER M; SAMET JH. **Primary medical care and reductions in addiction severity: a prospective cohort study**. Addiction. 2005 Jan; 100(1), P.70-8.PMID: 15598194 [PubMed - indexed for MEDLINE]

SILVA, L. V. E R; MALBERGIER, A; STEMPLIUK, V. A; ANDRADE, A. G. **Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários** . Rev. Saúde Pública v.40 n.2 São Paulo abr, 2006.

SILVEIRA, D. X. F. **Dependências: de que estamos falando, afinal? In: Dependência- Compreensão e assistência às toxicomanias** (uma experiência do PROAD). São Paulo: Casa do psicólogo, p. 1-13, 1996a.

SILVEIRA, D. X. F. **Drogas: Uma Compreensão Psicodinâmica das Farmacodependências**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1995.

SILVEIRA, D. X.F. **Problemas atuais na abordagem terapêutica das farmacodependências**. , Brazil, Julho 1996b - Psychiatry On-line. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/dartiu.htm>

STEINGLASS, P. et al . **The Alcoholic Family. Hutchinson Education** . Essa sessão foi constatado na tese de Castro, Karen Título: **ÁLCOOL E TRABALHO: Uma Experiência de Tratamento de Trabalhadores de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro**, 1988

STOCKWELL, T.; HODGSON, R.; EDWARDS, G.; TAYLOR, C.; RANKIN, H. **The development of a questionnaire to measure alcohol dependence**. British Journal of Addiction 74, 145-55, 1979.

STOCKWELL, T.; MURPHY, D.; HODGSON, R. **Thr severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity**. British Journal of Addiction 78, 145-55, 1983.

TAYLOR, P. J. Addictions and Dependencies: their association with offending. In: Gunn J, Taylor PJ. Forensic Psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Issues. London: Butterworth-Heinemann; 1995. p. 435-89.

TROTTER, T. **An Essay on Drunkenness and its Effects on the Human Body.** London: Longman, Hurst, Rees and Orvine, 1804.

VAILLANT, G.E. **A 60-year follow-up of alcoholic men.** Addiction. 98(8), p. 143-51, 2003

VAILLANT, G. E. **The Natural History of Alcoholism Revisited.** Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995.

VAILLANT, G. E. **A história natural do alcoolismo revisitada**/trd. Bartira S. C. da Cunha e José Alaor L. dos Santos Porto Alegre, Ed. Artes Médicas SuL Ltda, p.160-181, 1999.

VAN OERS JA, BONGERS IM, VAN DE GOOR LA, GARRETSSEN HF. **Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status.** Alcohol & Alcoholism V.34 n1. p 78-88 1999.

VELLEMAN, R.: Alcohol Problems in the Family. IAS.1993

VAISSMAN, M., **Alcoolismo no trabalho** , Editora Fiocruz e Garamond, 2004.

VIEIRA, D. L.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **Evidence of association between early alcohol use and risk of later problems.** [Rev. bras. psiquiatr](#); 29(3): p. 222-227, set. 2007.

WEISNER, C.; MCLELLAN, A. T.; HUNKELER, E. ;M. **Addiction severity index data from general membership and treatment samples of HMO members. One case of norming the ASI** J Subst Abuse Treat. 2000 Sep;19(2):103-9.PMID: 10963921 [PubMed - indexed for MEDLINE

Willinger U, Lenzinger E, Hornik K, et al: Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. Alcohol and Alcoholism 37:609–612, 2002  
181:576–582.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evidence-based strategies and interventions to Reduce Alcohol-Related Harm.** Sixtieth World Health Assembly, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2007a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Problems related to alcohol consumption. Report of a WHO Expert Committee.** Geneva, World Health Organization WHO. Technical Report Series, No. 650, 1980.

*Anexos*

## **9. ANEXOS**

**Anexo 1 Escala de Avaliação – ASI**

**Anexo 2 Autorização do SEVP e CAPS - ad II para a Pesquisa**

**Anexo 3 Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética**

**Anexo 4 Termo de Consentimento Livre- Esclarecido**

## ANEXO 1 - Escala de Avaliação – ASI (Addiction Severity Index)

### **Instruções**

1. Não deixe espaços em branco. Quando apropriado, coloque os códigos:

X = questão não-respondida

N = questão não-aplicável

Utilize apenas um carácter por item.

2. Itens com o número circulado são para serem perguntados nos seguimentos de avaliação (*follow-up*). Itens com um asterisco são cumulativos e devem ser coletados novamente no seguimento (ver Manual).

3. É fornecido espaço após cada seção para comentários adicionais.

Número de RG \_\_\_\_\_

Registro no serviço

--	--	--	--

Data da admissão

dia		mês		ano	

Data da entrevista

dia		mês		ano	

Horário de início :

		:		
horas			minutos	

Horário do final :

		:		
horas			minutos	

Classe:

- 1. Inicial
- 2. Seguimento

Código de contato:

- 1. Pessoal
- 2. Telefone

Sexo:

- 1. Masculino
- 2. Feminino

Código do entrevistador

--	--

Especial:

- 1. Paciente finalizou
- 2. Paciente recusou
- 3. Paciente incapaz de responder

**Informações gerais**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço atual:

\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

1. Há quanto tempo você reside nesse endereço?

anos		meses	

2. Essa residência pertence a você/sua família?

- 0. Não
- 1. Sim

3. Data de nascimento:

dia	mês	ano		

4. Raça:

1. Branca            3. Parda  
2. Negra            4. Amarela

5. Preferência religiosa:

1. Protestante      4. Islâmica  
2. Católica        5. Outra  
3. Judaica        6. Nenhuma

\*6. Você esteve em um ambiente controlado nos últimos 30 dias?

1. Não  
2. Cadeia/prisão  
3. Tratamento médico  
4. Tratamento para droga/álcool  
5. Tratamento psiquiátrico  
6. Outro \_\_\_\_\_

\*7. Quantos dias?

### ***Escores de gravidade***

As notas de gravidade são estimativas do entrevistador sobre a necessidade do paciente de tratamento adicional em cada área. A escala varia de 0 (tratamento não é necessário) a 9 (tratamento necessário para intervir em situação que ameaça a vida). Cada nota é baseada na história do paciente de sintomas problemáticos, Estado atual e avaliação subjetiva de sua necessidade de tratamento em uma dada área. Para uma descrição detalhada do processo de derivação e conversão das notas de gravidade, veja o manual.

*Obs.: Essas notas de gravidade são opcionais.*

### ***Edição São Paulo***

#### ***Escala de Escores***

0. Não/Nada  
1. Pouco  
2. Moderadamente (mais ou menos)  
3. Muito  
4. Demais

### ***Perfil de gravidade***

Problema	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Médico										
Emprego										
Álcool										
Droga										
Legal										
Fam/Social										
Psicológico										

### ***Estado físico***

\*1. Quantas vezes você foi já hospitalizado por problema clínicos?  
(incluir *overdose*, *delirium tremens*, excluir desintox)

--	--

2. Há quanto tempo foi sua última hospitalização por problemas físicos?

anos		meses	

3. Você tem algum problema crônico de saúde que continua a interferir em sua vida?

0. Não  
1. Sim

--

Especifique:

---

\*4. Você está tomando alguma medicação prescrita de forma regular para algum problema físico?

0. Não  
1. Sim

--

\*5. Você recebe pensão por alguma incapacidade física? (excluir incapacidade psiquiátrica)

0. Não  
1. Sim

--

Especifique:

---

\*6. Em quantos dias você apresentou problemas de saúde nos últimos 30 dias?

--

*Para as questões 7 e 8 solicite ao paciente que utilize sua escala de escore*

\*7. Quanto você foi incomodado ou atrapalhado por esses problemas de saúde nos últimos 30 dias?

\*8. Qual o grau de importância que o tratamento para esses problemas de saúde tem para você agora?

***Escores de gravidade do entrevistador***

\*9. Como você quantificaria a necessidade do paciente de tratamento clínico?

***Escores de confiabilidade***

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

\*10. Interpretação errônea do paciente?

0. Não

1. Sim

\*11. Incapacidade de entendimento do paciente?

0. Não

1. Sim

***Estado profissional e sustento***

\*1. Educação completada

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
anos		meses	

\*2. Treinamento ou educação técnica completada

<input type="text"/>	<input type="text"/>
meses	

3. Você tem uma profissão, ocupação ou habilidade?

0. Não

1. Sim

Especifique:

---

\*4. Você tem carteira de motorista válida?

0. Não

1. Sim

\*5. Você possui um automóvel disponível para uso ?

0. Não

1. Sim

6. Quanto tempo durou seu trabalho, em período integral, mais longo?

\*7. Ocupação habitual (ou a última)

Especifique: \_\_\_\_\_

\*8. Alguém contribui para o seu sustento?

0. Não

1. Sim

\*9. Isso constitui a maior parte de seu sustento? (Se item 8 for sim)

0. Não

1. Sim

10. Padrão de emprego habitual, nos últimos 3 anos:

1. período integral (40 h/semana)

2. meio-período (horas regulares)

3. meio-período (irregulares, diárias)

4. estudante

5. serviço militar

6. aposentado/incapacitado

7. desempregado

8. em ambiente controlado

\*11. Quantos dias você foi pago para trabalhar nos últimos 30?

Qual a quantia de dinheiro que você recebeu nos últimos 30 dias de cada uma das seguintes fontes?

\*12. emprego (líquido)

\*13. seguro-desemprego

\*14. vales em geral

\*15. pensões, benefícios ou seguro social

\*16. companheiro/a, família ou amigos

\*17. ilegal

\*18. Quantas pessoas dependem de você para a maior parte de sua alimentação, abrigo, etc.?

\*19. Quantos dias você apresentou problemas no emprego nos últimos 30 dias?

*Para as questões 20 e 21 solicite ao paciente que utilize sua escala de escores*

\*20. Quanto você foi incomodado ou se aborreceu com problemas no

emprego nos últimos 30 dias?

\*21. Qual a importância de aconselhamento para você agora sobre esses problemas no emprego?

***Escores de gravidade do entrevistador***

\*22. Como você avaliaria o grau de necessidade de aconselhamento no emprego desse paciente?

***Escores de confiabilidade***

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

\*23. Interpretação errônea do paciente?

0. Não

1. Sim

\*24. Incapacidade de entendimento do paciente?

0. Não

1. Sim

***Uso de drogas/álcool***

	Últimos 30 dias	Na vida anos	Via Adm
*1. Álcool - qualquer uso			
*2. Álcool - p/ intoxicação			
*3. Heroína			
*4. Metadona			
*5. Opiáceos/analgésicos			
*6. Barbitúricos			
*7. Sedativos/hipnóticos			
*8. Cocaína/crack			
*9. Anfetaminas			
*10. Maconha ( <i>cannabis</i> )			
*11. Alucinógenos			
*12. Inalantes			
*13. Mais de uma substância por dia (inclusive álcool)			

*Nota: veja manual para exemplos representativos de cada classe de droga.*

\* Via de administração:

1 = oral

2 = nasal

3 = fumada

4 = injeção não-EV

5 = injeção EV

\*14. Qual a substância que é o principal problema?

Codifique segundo o código acima ou:

00 Sem problemas;

15 Álcool e Droga (dependência dupla);

16 Polidroga; quando não estiver claro, pergunte ao paciente.

15. Quanto tempo durou o seu último período de abstinência voluntária desta principal substância?

meses	

16. Há quantos meses essa abstinência terminou?  
(00 - ainda abstinente)

--	--

\*17. Quantas vezes você teve:

--	--

*delirium tremens* alcoólico

*overdose* de droga

--	--

\*18. Quantas vezes você já foi tratado por:

--	--

Abuso de álcool

Abuso de drogas

--	--

\*19. Quantas dessas vezes foram apenas desintoxicações?

--	--

álcool

drogas

--	--

\*20. Quanto você diria que gastou nos últimos 30 dias com:

--	--

álcool

drogas

--	--

\*21. Quantos dias você esteve em tratamento ambulatorial por álcool ou drogas nos últimos 30 dias?  
(incluir NA, AA)

--	--

\*22. Quantos dias, durante os últimos 30, você apresentou:

--	--

Problemas com álcool

Problemas com drogas

--	--

Comentários:

---

---

---

---

---

---

*Para as questões 23 e 24 solicite ao paciente que utilize a escala de escores*

\*23. Quanto você foi incomodado ou se aborreceu nos últimos 30 dias com:

problemas com álcool

problemas com drogas

\*24. Qual a importância para você agora de tratamento para:

problemas com álcool

problemas com drogas

***Escore de gravidade do entrevistador***

\*25. Como você avaliaria o grau de necessidade de tratamento do paciente para:

abuso de álcool

abuso de drogas

***Escore de confiabilidade***

As informações acima estão significativamente distorcidas por

\*26. Interpretação errônea do paciente?

0. Não

1. Sim

\*27. Incapacidade do paciente em entender?

0. Não

1. Sim

***Estado legal***

1. Essa admissão foi imposta ou sugerida pelo sistema de justiça

criminal (juiz, oficial da condicional/liberdade vigiada, etc.)

0. Não

1. Sim

\*2. Você está em liberdade condicional ou vigiada?

0. Não

1. Sim

Quantas vezes em sua vida você foi preso e/ou acusado pelos seguintes delitos:

\*3. furtos em lojas/vandalismo

\*4. violação de liberdade condicional/vigiada

\*5. porte de drogas

\*6. falsificação

\*7. ofensa armada

\*8. saque, furto

\*9. roubo

\*10. assalto

\*11. incêndio culposos

\*12. estupro

\*13. homicídio, homicídio não-premeditado

\*14A. prostituição

\*14B. desacato a autoridade

\*14C. outros \_\_\_\_\_

15. Quantas dessas acusações resultaram em sentenças?

Quantas vezes em sua vida você foi acusado dos seguintes delitos:

\*16. Conduta desordeira, vadiagem, intoxicação em público

\*17. Dirigir quando intoxicado

\*18. Violações graves de trânsito (direção perigosa, alta velocidade, sem habilitação)

\*19. Quantos meses você ficou encarcerado na sua vida?

20. Quanto durou seu último encarceramento?

21. Qual o motivo? (utilize o código 3, 14, 16, 18; se acusações múltiplas, registre a mais grave)

\*22. Atualmente você está aguardando alguma acusação, julgamento ou sentença ?

0. Não  
1. Sim

\*23. Por quê?

---

\*24. Quantos dias, nos últimos 30, você foi detido ou encarcerado?

\*25. Quantos dias, nos últimos 30, você esteve envolvido em atividades ilegais visando lucro?

*Para as questões 26 e 27 solicite ao paciente que utilize sua escala de escores*

\*26. Qual você acha que é a gravidade dos seus problemas legais atuais? (excluir problemas civis).

\*27. Qual a importância para você agora de aconselhamento ou encaminhamento para esses problemas legais?

***Escore de gravidade do entrevistador***

\*28. Como você avaliaria a necessidade desse paciente de serviço ou aconselhamento legais ?

***Escore de confiabilidade***

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

\*29. Interpretação errônea do paciente?

0. Não  
1. Sim

\*30. Incapacidade do paciente em entender?

0. Não  
1. Sim

***História familiar***

Algum de seus parentes apresentou o que você chamaria de um problema significativo com álcool, uso de drogas ou psiquiátrico algo que recebeu ou deveria ter recebido tratamento?

***Lado Materno***

	Álcool		Drogas		Psiquiátrico
Avó					
Avô					
Mãe					
Tia					
Tio					

<i>Lado Paterno</i>					
	Álcool		Drogas		Psiquiátrico
Avó					
Avô					
Mãe					
Tia					
Tio					

<i>Parentes</i>					
	Álcool		Drogas		Psiquiátrico
Irmão#1					
Irmão#2					
Irmã#1					
Irmã#2					

### *Relações familiares/sociais*

\*1. Estado Civil

1. Casado; 2. Casado mais de uma vez; 3. Viúvo;  
4. Separado; 5. Divorciado; 6. Solteiro

2. Há quanto tempo você apresenta esse estado civil? (se nunca casou, desde 18 anos)

anos		meses	

\*3. Você está satisfeito com esse estado civil?

0. Não  
1. Indiferente  
2. Sim

\*4. Situação de moradia habitual (últimos 3 anos)

1. Com parceiro sexual e filho
2. Apenas com parceiro sexual
3. Apenas com filho
4. Com os pais
5. Com a família
6. Com amigos
7. Sozinho
8. Ambiente controlado
9. Situação instável

Outros \_\_\_\_\_

5. Há quanto tempo você está vivendo nesta situação? (se com os pais ou família, desde 18 anos )

anos		meses	

\*6. Você está satisfeito com essa situação de moradia?

0. Não
1. Indiferente
2. Sim
7. Você mora com alguém que:

0. Não \_ 1. Sim

7A. Apresenta problema com álcool no momento?

7B. Utiliza drogas não-prescritas?

\*8. Com quem você passa a maior parte de seu tempo livre?

1. Família
2. Amigos
3. Sozinho

\*9. Você está satisfeito em passar seu tempo livre dessa maneira?

0. Não
1. Indiferente
2. Sim

\*10. Quantos amigos íntimos você possui?

*Instruções para 9A - 18: Coloque "0" na categoria familiar na qual a resposta é evidentemente negativa para todos os familiares nesta categoria; "1" onde a resposta é evidentemente positiva para qualquer familiar dentro desta categoria; "X" onde a resposta é incerta ou "Eu não sei" e "N" onde nunca tenha existido um familiar em cada categoria.*

10a. Você diria que teve um relacionamento íntimo, duradouro e pessoal com qualquer uma das seguintes pessoas ao longo de sua vida:

mãe  
pai  
irmãos/irmãs  
parceiro sexual/esposo  
filhos  
amigos


Você teve períodos significativos nos quais apresentou problemas sérios de convivência com: 0. Não \_ 1. Sim

	Últimos 30 dias	Na vida
*11. mãe		
*12. pai		
*13. irmãos/irmãs		
*14. parceiro sexual/esposo		
*15. filhos		
*16. outro familiar significativo		
*17. amigos íntimos		
*18. vizinhos		
*19. companheiros de trabalho		

Alguma dessas pessoas (10-18) abusou de você? 0. Não \_ 1. Sim

19a. Emocionalmente (fez você se sentir mal utilizando palavras rudes)?

19b. Fisicamente (causou em você dano físico)?

19c. Sexualmente (forçou aproximações sexuais ou atos sexuais)?

\*20. Em quantos dias dos últimos 30 você apresentou conflitos sérios:

A. com sua família?

B. com outras pessoas? (excluindo a família)

*Para as questões 20 e 23 solicite ao paciente que utilize sua escala de escores*

Quanto você foi incomodado ou prejudicado nos últimos 30 dias por:

\*21. problemas familiares

--	--

\*22. problemas sociais

--	--

Qual é a importância para você, agora, de tratamento ou aconselhamento para:

\*23. problemas familiares

--	--

\*24. problemas sociais

--	--

***Escore de gravidade do entrevistador***

\*25. Como você avaliaria a necessidade do paciente de aconselhamento /tratamento familiar e/ou social ?

***Escores de confiabilidade***

As informações acima foram significativamente distorcidas por:

\*26. Interpretação errônea do paciente?

0. Não

1. Sim

\*27. Incapacidade do paciente de entender?

0. Não

1. Sim

Comentários:

---

---

---

***Estado psiquiátrico***

\*1. Quantas vezes você foi tratado por algum problema psicológico ou emocional?

Em um hospital


Como paciente privado ou de consultório

\*2. Você recebe pensão por alguma incapacidade psiquiátrica?

0. Não

1. Sim

*Você teve um período significativo (que não fosse um resultado direto de uso de droga/álcool) no qual você apresentou: 0. Não \_ 1. Sim*

	Últimos 30 dias	Na vida
*3. depressão grave		
*4. ansiedade ou tensão graves		
*5. alucinações		
*6. problemas de compreensão, concentração ou memória		
*7. problemas em controlar comportamento violento		
*8. pensamentos sérios sobre suicídio		
*9. tentativas de suicídio		
*10. recebeu prescrição de medicação para algum problema psicológico/emocional		
*11. Em quantos dias dos últimos 30, você apresentou esses problemas psicológicos ou emocionais?		

*Para as questões 12 e 13 solicite ao paciente que utilize sua escala de escores*

\*12. Quanto você foi incomodado ou prejudicado por esses problemas psicológicos ou emocionais nos últimos 30 dias?

\*13. Qual é a importância para você, agora, do tratamento para esses problemas psicológicos?

*Os itens seguintes devem ser preenchidos pelo entrevistador*

No momento da entrevista, o paciente está: 0. Não \_ 1. Sim

\*14. obviamente deprimido/retraído

\*15. obviamente hostil

\*16. obviamente ansioso/nervoso

\*17. apresentando problemas na percepção da realidade, distúrbios de pensamento, pensamento paranóide

\*18. apresentando problemas de compreensão, concentração, memória

\*19. apresentando ideação suicida

***Escore de gravidade do entrevistador***

\*20. Como você avaliaria a necessidade do paciente de tratamento psiquiátrico/psicológico?

***Escores de confiabilidade***

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

\*21. Interpretação errônea do paciente?

0. Não

1. Sim

\*22. Incapacidade do paciente de entender?

0. Não

1. Sim

Comentários:

---

---

---

---

*Observação: voltar para a 1ª página e preencher horário de término e a categoria especial.*

***Addiction Severity Index (ASI) - Esta versão da ASI foi elaborada com a colaboração de vários autores brasileiros: Andrade, A.G., Formigoni, M.L.O.S., Marques, A.C.P., Scivoletto, S., Toscano Junior, A.***

## **ANEXO 2 Autorização do SEVP e CAPS - ad II para a Pesquisa**

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo EERP USP

Seção de Pós-Graduação

Autorizamos o desenvolvimento da pesquisa solicitada à esta Coordenadoria, referente ao projeto apresentado à Seção de Pós-Graduação em nível de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP– USP, intitulado *Avaliação de Pacientes Alcoolistas em um Serviço Especializado*, a ser realizado nas dependências da unidade do CAPS ad II do Sanatório Espírita Vicente de Paulo, por Gisela Amorim Marques Pereira, Terapeuta Ocupacional, sob a orientação da Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos atenciosamente.

---

Geraldo Valadares

Presidente do SEVP

---

Eber Fernandes de Matos

Coordenador do CAPS–adII

Ribeirão Preto, 11 de agosto de 2006.

## Anexo 3 Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA  
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 218/2006

Ribeirão Preto, 23 de novembro de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 92ª Reunião Ordinária, realizada em 22 de novembro de 2006.

**Protocolo:** nº 0705/2006

**Projeto:** AVALIAÇÃO DE PACIENTES ALCOOLISTAS EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO.

**Pesquisadores:** Sandra Cristina Pillon  
Gisela Amorim Marques Pereira

*Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.*

Atenciosamente,

*Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento*  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

**Profª Drª Sandra Cristina Pillon**  
Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

#### **ANEXO 4 TERMO DE CONSENTIMENTO - LIVRE - ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,

estou de acordo em participar da pesquisa intitulada **“Avaliação de pacientes alcoolistas em um serviço especializado”**, realizado pela Terapeuta Ocupacional Gisela Amorim Marques Pereira. O estudo visa obter informações que serão importantes no desenvolvimento de programas para tratamento do uso de álcool no CAPS - ad II de Ribeirão Preto. Participarei de entrevistas individuais, em sala reservada, de modo a assegurar minha integral privacidade, nas quais responderei a um questionário contendo perguntas fechadas, sem a necessidade de minha identificação. Estou ciente que minha colaboração é de extrema relevância para o desenvolvimento desta pesquisa e que ao assinar o termo de consentimento, estarei concordando em participar, respondendo ao questionário em forma de entrevista, em sala fechada do CAPS - ad II, localizado na rua Pará, 1310 - Ipiranga, Ribeirão Preto-SP, tendo garantida de forma plena minha privacidade.

Declaro que fui informado dos procedimentos a que serei submetido, e que terei como benefício possíveis mudanças e melhorias no atendimento do CAPS - ad II para o tratamento de alcoolistas, com melhoria das práticas profissionais, e ainda:

1. Do direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre esta pesquisa, bem como sobre os benefícios e outros assuntos relacionados com a investigação;

2. Da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim;

3. Do direito de não ser identificado (a) e ter minha privacidade reservada;
4. O direito de estar seguro (a) diante de minhas respostas de modo a não sofrer represálias;
5. A participação não implica em qualquer risco à minha pessoa;
6. Da garantia de que não terei nenhuma despesa decorrente da participação

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima citados e consinto em responder ao questionário elaborado pela pesquisadora que subscreve este termo de consentimento.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Endereço para contato com das pesquisadoras:

Gisela Amorim Marques Pereira e Sandra Cristina Pillon

**Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras  
Drogas II.**

R: Pará,1310 - Ipiranga, Ribeirão Preto - SP. CEP: 14060440

Fone: (16) 36153336.