

Marta Alexandra Fernandes Rodrigues

**Estádios de motivação para o tratamento na dependência
alcoólica – percursos individuais e género**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2009

Marta Alexandra Fernandes Rodrigues

**Estádios de motivação para o tratamento na dependência
alcoólica – percursos individuais e género**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2009

Marta Alexandra Fernandes Rodrigues

**Estádios de motivação para o tratamento na dependência
alcoólica – percursos individuais e género**

Orientador Prof. Doutora Glória Jólluskin

Co-orientador Prof. Doutora Zélia Teixeira

Dissertação apresentada à Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Porto, 2009

Resumo

Abandonar o uso de uma substância, está intrinsecamente ligado a uma série de comportamentos aos quais a motivação se encontra vinculada. Se o dependente de álcool foi em tempos visto como desprovido de força de vontade para mudar, hoje, à luz da abordagem motivacional é imbuído de poder de escolha no que respeita ao percurso que tem pela frente. Desta forma, pretendeu-se oferecer uma explicação teórica com aplicação prática, do processo de modificação intencional de comportamentos, à luz do Modelo Transteórico de Mudança de Prochaska e DiClemente (1992). Nesta investigação procurou-se caracterizar os percursos individuais até ao momento do pedido de ajuda, avaliar o estágio de motivação aquando da entrada para tratamento e caracterizar a amostra quanto a diferenças de sexo. Pretendeu-se clarificar estes aspectos através da exploração dos obstáculos e factores facilitadores para a procura de tratamento, no sentido da preservação dos momentos chave para a mudança e com o intuito de potencializar a eficácia das intervenções. Para o efeito, procedeu-se à realização de uma investigação de índole mista, quantitativa com os instrumentos: *Short-form Alcohol Dependence Data* (SADD), *Readiness to Change Questionnaire* (RCQ), *Brief Symptom Inventory* (BSI) e qualitativa com uma entrevista semi-estruturada, numa população de 52 utentes da Unidade de Alcoologia do Porto, 30 do sexo masculino e 22 do sexo feminino. De forma sucinta, os resultados obtidos apontam para a necessidade de não se desvincular o *background* dos utentes do momento do pedido de ajuda, reforçam a importância de se adequarem as estratégias de intervenção ao estágio motivacional dos sujeitos e salientam que o reconhecimento e consciência das diferenças entre os sexos, pode ser usado como uma ferramenta na maximização da eficácia das intervenções. Esta investigação aponta também para a necessidade de se estabelecer um contacto com os utentes e realizar intervenções de forma o mais direccionada e específica possível.

Palavras-chave: Dependência de álcool, Estágios motivacionais, Modelo Transteórico de Mudança, Diferenças de sexo.

Abstract

Treating a substance abuse is intrinsically linked to a series of behaviors associated with motivation. In the past, the substance abuser was seen as someone with no ability to change its condition, now-a-days however; motivation plays an important role in the treatment for alcoholism and allows the patient to choose the path to follow during the treatment. Following the Prochaska and DiClement's Transtheoretical Model (1992), we tried to provide a theoretical explanation for the intentional behavior change of the patient, which could be applied in the clinical practice. In this research we aimed to characterize the individual paths that the patients followed, until the search for help and the enrollment in a rehabilitation program. The motivation stage at the beginning of the treatment, as well as the sex differences, were assessed and characterized. A clarification of these aspects was sought by examining the obstacles and the facilitating factors in the search for a treatment, in an attempt to preserve the key moments for the motivational change and potentiate the efficacy of the interventions. A mist, quantitative and qualitative research was conducted. For the quantitative research the following instruments were used: Short-form Alcohol Dependence Data (SADD), Readiness to Change Questionnaire (RCQ), Brief Symptom Inventory (BSI) and for the qualitative research, a semi-structured interview to 52 patients from *Unidade de Alcoologia do Porto*, 30 males and 22 females. Briefly, the obtained results show that one should avoid separating the patients' background from the moment when they search for help, reinforcing the need to shape the intervention strategies to the motivational stage of the subjects. It also points out that the sex differences can be used as a tool for the maximization of the treatment efficacy. This research also brings some evidence for the need to establish contact with the patients and to perform directed and specific interventions.

Keywords: Alcohol dependence, Motivational stages, Transtheoretical Model, Sex differences.

Resumen

Abandonar el uso de una sustancia está intrínsecamente relacionado con un conjunto de comportamientos a los cuales la motivación se encuentra vinculada. Si el dependiente de alcohol que una vez fue visto como sin fuerza, hoy, a la luz del abordaje motivacional tiene el poder de escoja en lo que respecta a su percurso. Así, se pretende ofrecer una explicación teórica con aplicación práctica de lo proceso de modificación intencional de comportamientos, a la luz del Modelo Transteórico de cambios de comportamiento, por Prochaska e DiClemente (1992). En esta investigación, se busca caracterizar los percurso individuales hasta el momento del pedido de ayuda, avaliar el estadio de motivación en el momento inicial de tratamiento y caracterizar la muestra en diferencias de género. Se pretende clarificar esos aspectos a través de la exploración de los obstáculos y de los factores facilitadores de la busca de tratamiento, en el sentido de preservar los momentos clave en el cambio y con el intuito de potencializar la eficacia de las intervenciones. Para eso, se ha procedido a una investigación de índole mista, cuantitativa con los instrumentos: *Short-form Alcohol Dependence Data (SADD)*, *Readiness to Change Questionnaire (RCQ)*, *Brief Symptom Inventory (BSI)*, y cualitativa con una entrevista semi-estructurada, en una población de 52 usuarios de la *Unidade de Alcoologia do Porto*, 30 del sexo masculino y 22 del sexo femenino. De forma sucinta, los resultados obtenidos apuntan la necesidad de no se desvincular del *background* de los usuarios en el momento de lo pedido de ayuda, refuerzan la importancia de la adecuación de las estrategias de intervención a lo estadio motivacional de los sujetos y salientan que el reconocimiento y la consciencia de las diferencias entre sexos puede ser utilizado como una herramienta en la maximización de la eficacia de las intervenciones. Esta investigación apunta también para la necesidad de establecer un contacto con los usuarios y realizar intervenciones de la forma más direccionada y específica posible.

Palabras Clave: Dependencia al alcohol, Estadios motivacionales, Modelo Transteórico de cambios de comportamiento, Diferencias entre sexo.

À minha “Super-mestra”, Prof. Doutora Zélia Teixeira
e à minha Mãe

Agradecimentos

À Prof. Doutora Glória Jólluskin por me ter acompanhado ao longo desta fase tão importante.

A todos aqueles que estiveram ao meu lado, que se preocuparam, que me fizeram crescer e que sobretudo me fizeram sorrir.

A todos o meu sincero obrigado.

Índice

Introdução	1
Parte I – Enquadramento Teórico	
Capítulo I – Alcoolismo	4
1.1. Álcool: funções e simbolismo	4
1.2. Estado actual: a Europa e o caso Português	6
1.3. Alcoolismo: da ausência de responsabilidade ao compromisso pessoal	7
Capítulo II – Motivação	9
2.1. Motivação: o mesmo problema, um olhar diferente	9
2.1.1. <i>Empowerment</i>	12
2.2. Modelo Transteórico de Mudança	13
2.2.1. Locus de controlo	13
2.2.2. Apresentação do Modelo Transteórico de Mudança	14
2.2.3. Estágios de Mudança	17
2.2.4. Prontidão	19
2.3. Motivação e Mudança – Factores Facilitadores e Dificultadores	21
2.3.1. Estágios de mudança e factores	24
2.3.2. <i>Bottoming out</i>	25
Capítulo III – Diferenças de Sexo na Motivação ao longo do Processo Terapêutico	27
3.1. No tratamento	27
3.2. Ao longo do ciclo de recuperação	30
3.3. À entrada e manutenção em tratamento	33
Parte II – Estudo Empírico	
Capítulo IV – Método	37
4.1. Participantes	37
4.2. Material	40
4.2.1. Questionário sócio-demográfico	41
4.2.2. Entrevista semi-estruturada	41
4.2.3. <i>Short-form Alcohol Dependence Data (SADD)</i>	44
4.2.4. <i>Readiness to Change Questionnaire (RCQ)</i>	44
4.2.5. <i>Brief Symptom Inventory (BSI)</i>	45
4.3. Procedimento	47
4.3.1. Metodologia	48

Capítulo V – Análise e Discussão dos Resultados	49
5.1. Abordagem Quantitativa	49
5.1.1. Caracterização dos percursos individuais e do consumo	49
5.1.2. Resultados obtidos nos instrumentos administrados (SADD e BSI)	52
5.1.3. Presença de apoio para o tratamento	53
5.1.4. Motivação para procurar tratamento	54
5.1.5. Diferenças de Sexo	58
5.2. Abordagem Qualitativa	58
5.2.1. Consequências do Consumo de Álcool	59
5.2.2. Factores Dificultadores para procurar Tratamento	64
5.2.3. Factores Facilitadores para procurar Tratamento	70
Conclusão	76
Referências Bibliográficas	79
Anexos	

Índice de Tabelas

Tabela 1 – <i>Nível de escolaridade</i>	38
Tabela 2 – <i>Situação Profissional</i>	38
Tabela 3 – <i>Situação Económica Actual</i>	39
Tabela 4 – <i>Estado Civil</i>	39
Tabela 5 – <i>Presença de Problemas Ligados ao Álcool na Família</i>	40
Tabela 6 – <i>Motivo do Consumo Excessivo</i>	50
Tabela 7 – <i>Contexto do Consumo Excessivo</i>	51
Tabela 8 – <i>(SADD) Short-form Alcohol Dependence Data</i>	52
Tabela 9 – <i>Elementos considerados como um apoio para o tratamento</i>	53
Tabela 10 – <i>Motivo para procurar tratamento</i>	54
Tabela 11 – <i>Motivação para procurar tratamento</i>	55
Tabela 12 – <i>Estágios Motivacionais – (RCQ) Predisposição para a mudança</i>	57

Índice de Quadros

Quadro 1 – <i>Motivações para procurar tratamento</i>	56
Quadro 2 – <i>Consequências do Consumo de Álcool</i>	60
Quadro 3 – <i>Factores Dificultadores para procurar Tratamento</i>	66
Quadro 4 – <i>Factores Facilitadores para procurar Tratamento</i>	71

Introdução

O álcool tem desempenhado um papel fundamental em quase todas as culturas humanas, desde os tempos do Neolítico (cerca de 4000 AC). Todas as sociedades fazem uso de substâncias intoxicantes, sendo o álcool de longe a mais comum de todas (Marques, 2008).

Para Portugal, o álcool apresenta uma responsabilidade muito significativa (superior a dois biliões e seiscentos milhões de euros) nos custos dos serviços de ambulatório e internamento para as doenças relacionadas (Nunes, 2009).

Desta forma, o estudo dos Estádios de motivação para o tratamento – percursos individuais e género, vem justificado pela descoberta em investigações recentes que a motivação é um preditor consistente da permanência no tratamento (Joe, Simpson & Broome, 2001) interferindo de forma significativa na concretização de mudanças comportamentais a longo prazo.

A caracterização dos percursos individuais até ao momento do pedido de ajuda, surge da necessidade de enquadrar a dependência de álcool contextualmente e na história pessoal. É essencial para a construção da interligação da dependência com acontecimentos de vida e permite investigar as circunstâncias que tendem a intensificá-la ou a suspendê-la (Petit, 2002).

O percurso da doença e a experiência de tratamento são vivenciados de forma muito diferente para homens e mulheres dependentes de álcool (Costa & Teixeira, 2005). Assim, a caracterização da amostra quanto a diferenças de género é parte integrante dos objectivos da presente investigação.

A metodologia adoptada para dar corpo a este estudo é de índole mista, tendo presente que a relação entre métodos quantitativos e qualitativos pode ser considerada uma “relação de complementaridade por deficiência” (Ortí, 1994, p. 89 citado por Romanelli & Biasoli-Alves, 1998), considerando assim, a análise de conteúdo como “uma técnica de investigação que visa a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (Berelson citado por Estrela, 1994, p. 467).

O estudo está conceptualizado em dois momentos, sendo o primeiro dedicado ao enquadramento teórico que se encontra subdividido por três capítulos. Um primeiro

denominado alcoolismo, no qual se pretende uma caracterização histórica e cultural desta problemática até à actualidade, um segundo capítulo dedicado à motivação, que incide numa perspectiva moderna e eficaz sobre a mesma patologia e por fim, um capítulo referente à influência das diferenças de sexo ao longo do processo terapêutico.

O segundo momento da investigação diz respeito à apresentação do estudo empírico: metodologia, análise e discussão dos resultados, terminando com uma conclusão geral que dá voz à experiência vivida neste trabalho.

Neste sentido, perceber quando o sujeito está motivado, como e porquê, acarreta imensos avanços para área da saúde, na medida em que orienta a equipa de profissionais no sentido do uso de tratamentos mais eficazes (Szupszynski & Oliveira, 2008).

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Alcoolismo

1.1. Álcool: funções e simbolismo

Através da história o álcool tem assumido múltiplas funções, actuando como veículo de remédios, perfumes, poções mágicas e principalmente como sendo o componente essencial de bebidas que acompanham os ritos de alimentação dos povos. Assim, desde a pré-história que o vinho e cerveja assumem significados importantes em contextos de carácter ritualesco, tais como: simbólico, na forma de ritual numa cerimónia religiosa; afrodisíaco, como euforizante e inebriante; criativo, como despertador das diferentes artes; sagrado, através de libidinizações, transes e êxtases; social, como parte integrante dos festejos religiosos; heróico, como sinal de virilidade e de masculinidade; terapêutico, para ajudar a curar males e moléstias e humano, como fim para aliviar as amarguras da vida, o tédio, a fadiga e a solidão (Marques, 2008).

Quanto ao seu simbolismo, é de salientar que as grandes religiões do Médio Oriente adoptaram o vinho como bebida sagrada, como a religião Judaica, a Cristã Ortodoxa e a Católica. Neste sentido, como religião mediterrânica e oriental, o cristianismo incorporou na sua doutrina o carácter de inspiração divina das bebida alcoólicas, ao mesmo tempo porém, desenvolveu ao máximo a antiga noção romana de *virtus*, condenando a embriaguez e o uso recreativo de vinho e de outras bebidas. Contudo, é uma condenação bastante relativa na medida em que são inúmeras as passagens bíblicas nas quais o consumo de vinho aparece com um carácter positivo. Facilmente se compreende este fenómeno de discrepância, quando se pensa que o cristianismo se desenvolveu num contexto de rivalidade com outras religiões, inclusive religiões dionisíacas não gregas e religiões “do vinho” que proliferavam no Oriente Próximo (Fernandes, 2004). Não será alheio a tudo isto, o facto de Jesus Cristo ao ter iniciado a sua Boa Nova, tivesse feito o seu primeiro milagre transformando água em vinho nas Bodas de Cana da Galileia (Marques, 2008).

Neste sentido, percebe-se que desde há muito, para celebrações especiais a água não era considerada uma bebida à altura. Se o momento era excepcional, então a bebida também teria que ser excepcional, e se fosse necessário realizar rituais para encorajar os deuses a fornecer mais bebidas, então também aos deuses deveria ser oferecida uma bebida especial. O que se pretendia era um estado de embriaguez que transformasse os

indivíduos e os transportasse para um plano superior de euforia, no qual as pressões da vida urbana podiam ser apagadas e se podia usufruir exclusivamente de prazer por alguns momentos. Foi uma admirável invenção das primeiras civilizações, que representa uma forma de partilha da evolução química e que veio proporcionar uma maior convivência social e o quebrar de muitas barreiras ao nível das relações interpessoais. Neste sentido, Morris defende que “Aqueles que bebem juntos permanecem juntos” (1998, p.2), o que reflecte a conotação social que o acto de beber possui, na medida em que é um comportamento que tem e sempre terá um importante significado social vinculado.

Várias pesquisas transculturais permitiram nomear algumas funções simbólicas ou significados das bebidas alcoólicas, tais como a rotulação de situações sociais ou eventos, a identificação do status social, a declaração de afiliação e a diferenciação dos sexos. Por outro lado, as bebidas possuem uma função simbólica na medida em que definem transições significativas na vida das pessoas e funcionam como uma etiqueta brilhante e colorida para os eventos. Desta forma, o tipo de bebida servida define a natureza do evento e num sentido mais activo, constrói relações sociais entre os sujeitos ditando o tipo de interacção apropriada para cada ocasião. As bebidas conferem estrutura à vida social, ao funcionar como rótulos que tipificam os eventos e a partir dos quais se esperam determinadas formas de comportamento (Morris, 1998).

Tudo isto, vem comprovar que o estudo das substâncias essenciais representa um meio privilegiado de aceder à riqueza da diversidade cultural humana, ou seja, que “assim como o beber e os seus efeitos são incorporados em outros aspectos da cultura, são muitos os aspectos da cultura que estão incorporados no acto de beber” (Heath, 1991, p. 21). As diferentes sociedades variam significativamente na apreensão social de uma determinada substância, sendo o caso do álcool bastante emblemático por acompanhar a humanidade desde os seus primórdios e ocupar um lugar privilegiado em todas as culturas, o que predispôs a que sofresse várias transformações no que respeita à sua aceitação ao longo da evolução histórica (Fernandes, 2004). Desta forma, é fácil conceber a multifactoriedade exigida para a compreensão do fenómeno da dependência alcoólica, que está sujeita a interferências culturais, sociais, religiosas, políticas e científicas, de cada época e população.

1.2. Estado actual: a Europa e o caso Português

A dependência e os problemas ligados ao álcool representam um fenómeno longitudinal, transcultural e transgeracional, sendo esta problemática indubitavelmente bem explicada por Benjamin Rush (s/d, p.11, citado por Gigliotti & Bessa, 2004) ao mencionar que “Beber inicia um acto de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade”. Sendo estritamente necessário enquadrar esta afirmação num discurso de cariz não fatalista, mas antes como uma hipótese perfeitamente válida de compreensão desta problemática.

A síndrome de dependência alcoólica representa um quadro clínico bastante estudado, investigado, e embora os seus critérios de diagnóstico sejam pontuados pela clareza e tenham sido estabelecidos há alguns anos, os problemas ligados ao álcool constituem um desafio para a saúde pública em termos de diagnóstico e de tratamento (Gigliotti & Bessa, 2004).

Neste sentido, a “Europa possui a maior percentagem de consumidores de bebidas alcoólicas do mundo, os níveis mais elevados de consumo de bebidas alcoólicas *per capita* e um nível elevado de danos relacionados com o consumo de álcool. O consumo nocivo e perigoso é responsável por 7,4% de todos os problemas de saúde e morte precoce na União Europeia ” (O portal da saúde pública da União Europeia, 2009).

Contudo, se na Europa é produzido um quarto do álcool mundial, o comércio de álcool é responsável por produzir 9 biliões de euros na balança comercial da União Europeia e de acordo com os dados recolhidos em 2001, os impostos directos sobre os produtos alcoólicos atingiram o valor de 25 biliões, dos quais 1,5 biliões são devolvidos à rede de distribuição, através da Política Agrícola Comum. Desta forma, se adicionarmos tudo o que se ganha na União Europeia com o álcool e atribuirmos ainda os benefícios não contabilizados, teríamos um valor máximo de 80 biliões de benefícios económicos, que mesmo assim, não ultrapassariam os 125 biliões de custos em sofrimento, doença e morte. Fazendo uma análise dos custos financeiros especificamente para Portugal, o álcool apresenta uma responsabilidade muito significativa (superior a dois biliões e seiscientos milhões de euros) nos custos dos serviços de ambulatório e internamento para as doenças relacionadas (Nunes, 2009).

Claro que a força patogénica assente nos factores socioculturais, envolvendo costumes, tradições, falsas crenças transmitidas ao longo de gerações e determinados hábitos, atitudes, comportamentos, bem como, as particularidades de um meio caracterizado por uma produção abundante e uma desmesurada oferta de bebidas alcoólicas, está compreensivelmente na génese da elevada alcoolização geral da população do nosso país (Mello, Barrias & Breda, 2001). Contudo, esta é uma situação que exige reflexão e que remete para o “duelo” não de hoje, entre o desenvolvimento do conhecimento científico e as medidas políticas e económicas adoptadas.

Subjacente a esta problemática existem muitos actores sociais, interesses, valores e ideologias que influenciam as políticas relacionadas com o consumo e que nem sempre são favoráveis ao interesse da saúde pública. Mesmo assim, é necessário o desenvolvimento de políticas de saúde claras e consistentes, que requerem a intervenção de vários sectores do poder público e da sociedade para a implementação de estratégias relacionadas com: a disponibilidade das substâncias na sociedade; a acessibilidade física das substâncias; dissuasão, penalização e regulamentação das condições e dos padrões de uso em contextos sociais específicos e restrição da propaganda de promoção das substâncias, a par com estratégias de informação, prevenção e educação para a saúde. Esta atitude irá permitir alcançar mais e melhor saúde através da redução global do consumo e dos danos relacionados, mas para o efeito, é necessário a participação activa de todos os actores sociais da área da saúde, que através da experiência acumulada podem fazer a diferença na implementação e defesa das políticas públicas (Filho, 2005).

1.3. Alcoolismo: da ausência de responsabilidade ao compromisso pessoal

A abordagem inicial da dependência do álcool assumia um ponto de vista claramente moralista. Os alcoólicos não disporiam da "força de vontade" necessária para regular o consumo de álcool e os comportamentos daí derivados (desinibição, comportamentos agressivos, indigência) apareciam como a prova irrefutável da sua natureza imoral (Teixeira, 2004). O adicto em geral, e o alcoólico em particular, não possuíam a "fibra moral" para resistir à tentação.

As consequências desta posição, que apresenta o acto de beber em excesso como um acto pecaminoso, são o aumento da culpa e da vergonha pelo desenvolvimento do

problema, não deixando antever qualquer forma de resolução do mesmo, uma vez que o que está em causa é um défice de uma característica "vital": a força de vontade. Todavia, no evoluir do percurso que a noção de alcoolismo assumiu nos últimos dois séculos, o modelo que perspectiva este problema como "doença" é sem dúvida o mais divulgado, quer em termos de investigação quer no que respeita ao delinear de estratégias de tratamento e intervenção junto do dependente alcoólico (Teixeira, 2004).

Hoje, os defensores do modelo "doença" postulam que esta perspectiva é conveniente do ponto de vista individual e social. No primeiro caso, porque substitui o enquadramento de censura moral e punição criminal associado ao alcoólico e ao seu comportamento característico do modelo anterior; no segundo, porque viabiliza o acesso às instituições de saúde e designa as autoridades públicas neste domínio como agentes responsáveis pela prevenção e tratamento (Bauer, 1982; Mann et al., 2000). Desta forma, alivia a culpa e aumenta a iniciativa individual na procura de ajuda profissional (Room, 1972; Lindstrom, 1992; White, 2000).

Neste enquadramento, o alcoolismo assume a configuração de uma doença primária e crónica, e o alcoólico apresenta uma susceptibilidade biológica que conduz a um percurso contínuo associado ao consumo, que inevitavelmente levará à deterioração ou à morte. A remissão dos sintomas é possível, mas a cura não. Os sintomas e estádios são muito consistentes, variando apenas de acordo com o sexo ou com o tipo de bebida preferido (Peele, 1985; White, 2000). Subsequente ao presente modelo, o alcoólico não é responsável pela sua condição, e o comportamento adictivo não é um hábito de que alguém se possa descartar, mas uma doença do corpo e da vontade.

Contudo, vai ser no seio do modelo do alcoolismo como doença, que propõe um registo claramente patológico para a compreensão deste problema, que é possível encontrar duas abordagens psicológicas paradigmáticas, tradicionalmente antagónicas: a psicanálise e a terapia do comportamento, esta última preparando o advento de um terceiro modelo de natureza comportamental-cognitiva. Os processos cognitivos foram mais recentemente incluídos neste jogo, alargando os dados para uma compreensão mais eficaz do problema: motivação, auto-eficácia e inclusivamente uma melhor compreensão da componente afectiva das práticas da modificação do comportamento (Sobell & Sobell, 2000; Réocreux, 2000). É no domínio das abordagens cognitivo-comportamentais que surge um dos grandes avanços na abordagem terapêutica da

dependência do álcool: a constatação de que esta condição não deve ser mais compreendida como uma patologia da força da vontade.

Capítulo II – Motivação

2.1. Motivação: o mesmo problema, um olhar diferente

Não é muito antiga a concepção da motivação como um traço ou disposição estática, que o sujeito tinha ou da qual era totalmente desprovido, não existindo espaço para outras interpretações. Se o sujeito não estava motivado para a mudança, tal era interpretado como uma falta da sua inteira responsabilidade (Miller, 1999).

A motivação estava conotada como sendo a aceitação ou a vontade de seguir determinado programa terapêutico estabelecido pelo clínico responsável. Desta forma, estar motivado significava adoptar as estratégias terapêuticas e aceitar a rotulação. Caso o rótulo não fosse reconhecido pelo sujeito, ou se este questionasse os procedimentos terapêuticos, facilmente se concluiria que este não estava de todo motivado para o tratamento (Miller, 1999).

Assim, durante muito tempo, a procura de tratamento por dependentes de álcool era compreendida como um processo individual, no qual a motivação representava uma entidade intrínseca e imutável, que se expressava no comportamento de querer ou não querer modificar o comportamento de ingestão alcoólica.

Na ausência da compreensão dos antecedentes do processo motivacional, ou seja, dos factores que conduziram à procura de tratamento, o conceito de motivação pode ser usado e interpretado de forma errónea. Aspectos sociais, pessoais, traços culturais, determinados tipos de tratamento, podem influenciar a acção de procura de ajuda de forma diferenciada (Moos e Moos, 2004). Pressões e influências externas, bem como factores internos, pensamentos e sentimentos, contribuem na motivação pessoal e são decisivos na implementação de mudanças de comportamento (DiClemente, Bellino & Neavins, 1999).

Na concepção actual, a motivação é compreendida como a chave para a mudança, é um constructo multidimensional, é dinâmica e por isso mesmo sujeita a flutuações, influenciada pelas interações sociais e passível de ser modificada.

Abandonar o uso de uma substância, está intrinsecamente ligado a uma série de comportamentos aos quais a motivação se encontra vinculada. O processo de mudança corresponde “às actividades encobertas ou explícitas em que as pessoas se engajam para alterar afecto, pensamento, comportamento ou relacionamento, relativo a problemas ou padrões de vida” (Prochaska, 1995, p.408). Desta forma, aquilo que é susceptível de mover o indivíduo para produzir um comportamento orientado, é a motivação (Ferreira, 2007) e apresenta um papel de relevo na dependência do álcool, ao orientar os sujeitos para procurarem, completarem e seguirem um tratamento, bem como a realizarem mudanças de sucesso a longo prazo, no que respeita ao comportamento aditivo (DiClemente, Bellino e Neavins, 1999).

No entanto, a motivação para mudar comportamentos problema como a dependência do álcool, não é sinónimo de motivação para participar num tratamento. Isto pode-se explicar, pensando que os sujeitos possuem expectativas próprias quanto aos resultados prováveis, tanto positivos como negativos, de certos cursos de acção, e essas expectativas têm um efeito muito poderoso sobre o comportamento. Por exemplo, a baixa auto-estima, as expectativas negativas, bem como a ausência de percepção de auto-eficácia, levam a que indivíduos com problemas relacionados ao consumo de substâncias persistam nos seus comportamentos aditivos, apesar dos inúmeros prejuízos transversais às áreas de vida (Figlie, 2004).

Desta forma, apesar dos incalculáveis danos consequentes ao consumo de álcool, os indivíduos apresentam dificuldades em se manter por um longo período de tempo em tratamento psicoterapêutico (Edwards & Dare, 1997). Isto parece estar vinculado a um evidente conflito motivacional experienciado por estes sujeitos, com relação à modificação do seu comportamento problema (Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo & Schneider, 2003).

Geralmente os sujeitos chegam ao tratamento com motivações flutuantes e conflitantes entre continuar e cessar o consumo de álcool, ou seja, encontram-se verdadeiramente ambivalentes perante a mudança de comportamento. Todavia, a

ambivalência não deve ser entendida com um carácter negativo, antes pelo contrário, a presença de ambivalência representa para além de uma ferramenta de trabalho, a possibilidade de mudança.

A motivação é saber porque se quer mudar, ou seja, a consciencialização das vantagens da abstinência corporalizada na vontade de mudança. Um sujeito totalmente motivado, é aquele que está preparado, disposto e apto para a mudança. Preparado na medida em que está motivado para a mudança de comportamento e inerente mudança de estilo de vida, disposto no sentido em que está disponível para cumprir o programa terapêutico que lhe foi prescrito e no qual terá um papel activo e por fim, apto na medida em que possui os recursos necessários para adopção de um estilo de vida saudável e diferente.

O comportamento de ingerir álcool, é reforçado de forma imediata pela agradável sensação que esta substância psicoactiva produz no organismo. Este comportamento de dependência continua a ser reforçado até que as consequências negativas, a longo prazo, comecem a surgir. Neste ponto, o comportamento não é mais sustentado por contingências reforçadoras positivas, mas por contingências reforçadoras negativas. Ou seja, o indivíduo continua a ingerir bebidas alcoólicas para tentar controlar as sensações adversas que a falta do álcool lhe traz nos momentos de abstinência (síndrome de privação), o que caracteriza um comportamento mantido por contingências negativas. Isto resulta em consequências lesivas transversais a todos os níveis de vida do sujeito, nomeadamente consequências sociais, familiares e funcionais. Quando estas contingências atingem um impacto bastante significativo, o indivíduo pode começar a apresentar comportamentos indicadores de motivação para a mudança de estilo de vida (Resende, Amaral, Bandeira, Gomide & Andrade, 2005), o que vem corroborar a ideia de que o desequilíbrio conduz à mudança.

Como tal, torna-se fácil compreender que ninguém vai mudar porque está bem e se encontra satisfeito com a sua situação actual. Neste sentido, a crise gera mudança e é nas alturas mais críticas, mais sensíveis, que os sujeitos estão mais aptos para mudar. O que vem justificar a necessidade de respostas imediatas por parte dos serviços de saúde, porque é necessário preservar os momentos chave que garantem o sucesso da intervenção terapêutica (Z. A. Teixeira, comunicação pessoal, Maio 28, 2009).

Embora anteriormente a intervenção terapêutica estivesse maioritariamente direccionada para os défices e limitações dos sujeitos, actualmente o foco da intervenção encontra-se na identificação e exploração das competências e forças pessoais. Esta visão das problemáticas individuais vai ao encontro dos princípios motivacionais, como a promoção do direito de escolha, no qual se insere a responsabilização pela possibilidade de tomada de decisões conscientes, o *empowerment* e o optimismo (Miller, 1999).

2.1.1. *Empowerment*

A noção de *empowerment* reflecte uma profunda mudança de paradigma na compreensão do fenómeno da dependência alcoólica, na medida em que é com base nesta noção que o dependente deixa de possuir um papel passivo e passa a ser detentor de poder e a ter um papel activo no seu processo de mudança. O *empowerment* é o processo pelo qual se atribui influência ou poder acrescido ao indivíduo através do envolvimento no processo de decisão, concedendo-lhe autonomia e responsabilidade. Desta forma, o utente é então percebido como um agente de mudança e não apenas como um objecto de mudanças (Carvalho, 2006).

Scriven e Stiddard (2003) identificaram três aspectos específicos fundamentais para os requisitos e competências pessoais que representam o *empowerment*: a aquisição de competências, que envolve a presença de pensamento crítico e a tomada de decisão crítica e consciente; a auto-confiança e competências interpessoais, que pressupõe o conhecimento cognitivo, incluindo a compreensão sobre a informação relacionada com a saúde e aumento da consciência crítica e por fim, a percepção psicológica, que envolve a auto-estima, auto-eficiência e percepção de controlo. Conclui-se então, que o *empowerment* está directamente ligado à capacidade do sujeito de fazer opções informadas sobre a sua saúde.

Por outro prisma, a promoção do *empowerment* está sujeita a um reconhecimento genuíno da parte do técnico em relação às capacidades dos utentes. O envolvimento e comprometimento neste processo estimula a cooperação e a confiança recíproca, no entanto “Enquanto os terapeutas devem oferecer feedback, educação, técnicas e apoio aos seus pacientes, eles não podem assumir a responsabilidade pelos

problemas dos pacientes” (Rangé & Marlatt, 2008). Condição que remete para um funcionamento em sinergia, na medida em que o *empowerment* assenta em relacionamentos sinérgicos, ou seja, relacionamentos que visam potenciar os recursos e os resultados através da contribuição de ambas as partes, formando uma parceria para um fim que é comum. A crença do terapeuta na capacidade de mudar do indivíduo, é um determinante significativo do resultado (Leake & King, 1977).

Concluindo de forma paradoxal e parafraseando dois autores de referência na abordagem motivacional, o que “você precisa, ao tentar ajudar as pessoas, são as qualidades de um bom barman: simpatia, disposição para ouvir e intuição” (Miller & Rollnick, 2001, p. 71).

2.2. Modelo Transteórico de Mudança

2.2.1 Locus de controlo

A importância do estado motivacional na entrada para o tratamento de dependência de substâncias psicoactivas, não se traduz por um conceito com reconhecimento desde há muitos anos. No entanto, estudos recentes têm demonstrado que a motivação é um preditor consistente da retenção no tratamento (Joe, Simpson & Broome, 2001). Desta forma, a motivação possui um papel de destaque no tratamento da dependência do álcool, através da sua influência na procura, no compromisso e na manutenção do tratamento, interferindo de forma significativa na concretização de mudanças comportamentais a longo prazo.

Na tentativa de clarificar aquilo que está subjacente ao compromisso com o tratamento para a dependência de substâncias, foi examinada uma ampla rede de motivos e razões para procurar ajuda, ou para evitar a mesma. Assim, chegou-se ao constructo locus de controlo percebido, para a motivação (Cahill, Adinoff, Hosig, Muller & Pulliam, 2003). Os sujeitos com locus de controlo interno percebem-se a si mesmos como responsáveis pelas suas escolhas, que são baseadas nos seus princípios e nos seus valores. Já os sujeitos com locus de controlo externo, percebem-se como sendo influenciados por factores externos, ou seja, por pressões de nível interpessoal, ocupacional, financeiro, entre outras.

De forma geral, a motivação intrínseca, de locus de controlo interno, é mais eficaz para despoletar, alimentar e manter a mudança (Cahill et al., 2003). Motivadores extrínsecos como pressões legais ou sanções, podem ser produtivos para manter os sujeitos em tratamento, contudo, os factores intrínsecos são comumente considerados fundamentais no processo de recuperação (Joe et al., 2001), ou seja, para que mudança de comportamento seja sustentada a longo prazo, tem que ser construída com base em motivação intrínseca, ou o seu tempo de duração será limitado. A manutenção da mudança ocorre enquanto se verificarem contingências reforçadoras e enquanto motivadores extrínsecos proporcionarem um aumento da auto-determinação (Cahill et al., 2003). Com isto, é possível concluir que a motivação intrínseca e a motivação extrínseca são duas dimensões que permitem de certa forma prever a resposta ao tratamento.

2.2.2. Apresentação do Modelo Transteórico de Mudança

O que se pretende é a explicação teórica com aplicação prática, do processo de modificação intencional de comportamentos, e neste sentido DiClemente (1999) expõe as vantagens de se compreender o comportamento humano à luz do Modelo Transteórico de Mudança. Este é um modelo integrativo no tratamento e prevenção das adições, no qual o conceito de mudança abarca uma perspectiva desenvolvimental e concomitantemente evita explicações estáticas sobre o que parece ser um activo processo de adição e recuperação (Oliveira et al., 2003).

Naturalmente, o Modelo Transteórico não se trata de “uma simples combinação ou mistura, mas uma teoria emergente, que seja mais do que a soma de suas partes e que leve a novas direcções de pesquisa e de prática” (Prochaska, 1995, p. 406). Este modelo surge então como resposta ao *zeitgeist* vigente entre práticos e teóricos das psicoterapias dos anos oitenta, os quais segundo Goldfried (1980), ansiavam por uma prática mais integrada e compreensiva, na medida em que muitas das propostas técnicas se encontravam alicerçadas em sofisticados constructos teóricos, mas sob ausência de evidências de embasamento empírico (Yoshida, 2002).

Na revisão empreendida por Prochaska (1995) não foi encontrada nenhuma teoria de mudança que explicasse como as pessoas mudam por si mesmas. Contudo, tem vindo a ser reforçada a evidência de que as pessoas podem modificar comportamentos

considerados como problemáticos sem recorrer a psicoterapia formal (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). É necessário ter em conta que grande parte da mudança ocorre nos intervalos entre as sessões e uma mínima parte no decorrer delas, até porque muitos dos sujeitos não chegam a fazer psicoterapia ou fazem-no durante períodos muito curtos. Com o intuito de contornar estas e outras limitações, foi definido um novo modelo de psicoterapia que deveria ser necessariamente empírico, ou seja, no qual cada variável deveria ser passível de mensuração e validação. Desta forma, seria possível explicar como as pessoas mudam em terapia e fora dela, o que poderia ser generalizável para diversos comportamentos humanos e não apenas aos ligados à patologia.

Neste enquadramento, surge o Modelo Transteórico de Mudança que apresentava como o seu principal pressuposto, o facto de que as auto-mudanças bem sucedidas dependeriam da aplicação de estratégias certas, os processos, na hora certa, os estágios (Prochaska et al., 1992). Aos terapeutas, era permitido propor novos constructos teóricos ou intervenções terapêuticas, na medida em que o objectivo era “capacitar terapeutas ecléticos e integrativos a se tornarem inovadores e não apenas seguidores” (Prochaska, 1995, p.404).

Desta forma, foi realizada uma análise comparativa da concepção de processos defendida pelos principais sistemas de psicoterapia, no sentido de os modificar em razão dos resultados de pesquisas, que procuraram investigar como os sujeitos tentam modificar o hábito tabágico por si mesmos, ou com ajuda profissional (Prochaska, Velice, DiClemente & Fava, 1988). Concluiu-se então, que os indivíduos recorrem a diferentes processos de mudança, que se traduzem por qualquer actividade que promova a modificação do comportamento, sentimento ou forma de pensar.

Prochaska e DiClemente (1982) identificaram dez processos de mudança específicos que os indivíduos realizam para progredirem no processo de mudança. Consistem em actividades declaradas ou encobertas que os sujeitos realizam de acordo com a sua evolução no processo motivacional. Assim, os processos de mudança podem ser divididos em dois grupos, o dos processos cognitivo-experiências que engloba: o aumento da consciência, reavaliação de si, activação emocional e dramatização, reavaliação ambiental e libertação social. Sendo o segundo grupo, o dos processos que se referem principalmente a aspectos comportamentais, tais como: libertação, contra condicionamento, controle de estímulos, gerenciamento de recompensas e relações de

ajuda (Szupszynski & Oliveira, 2008). Quanto maior e mais rentável for a utilização de recursos ambientais e sociais, maior a probabilidade da mudança ocorrer com sucesso.

Para além dos processos, o Modelo Transteórico propõe os níveis e os estágios de mudança, como dimensões complementares. Os níveis de mudança correspondem aos diferentes níveis de problemas psicológicos que podem ser objecto de psicoterapia e que mantêm entre si uma relação hierárquica. Traduzem-se pelos sintomas ou problemas situacionais, cognições mal adaptativas, conflitos interpessoais actuais, conflitos familiares e sistémicos, e conflitos interpessoais. Sendo que a mudança num dos níveis, geralmente repercute-se nos restantes, ainda que se possa prever que os primeiros níveis sejam mais susceptíveis à mudança (Yoshida, 2002).

No que respeita aos estágios, estes constituem o constructo mais original do Modelo Transteórico, na medida em que não se verifica o seu registo noutra sistema de terapia (Prochaska, 1995). O constructo foi identificado pela experimentação empírica, quando se procurava perceber com que frequência os indivíduos recorriam aos dez processos de mudança quando focados numa tentativa de mudar por si mesmos, ou em terapia. Esta noção de estágio remete para a ideia de que a mudança ocorre ao longo do tempo, segundo estágios caracterizados por padrões de resposta distintos e que foram denominados por Pré-Contemplanção, Contemplanção, Preparação ou Determinação, Acção e Manutenção (Yoshida, 2002).

Os indivíduos que realizam mudanças comportamentais por conta própria ou sob supervisão profissional, geralmente movem-se de um estado de inconsciência ou de relutância face à existência de um problema e à necessidade de mudança, para um estado de consideração ténue do problema, em que já consideram também a possibilidade de mudar. Neste momento, é possível verificar uma progressão da determinação e preparação da mudança de comportamento, até que a acção é levada a cabo e o trabalho é feito no sentido de manter essa mesma mudança ao longo do tempo (DiClemente, 1991). Toda a mudança ocorre ao longo do tempo em diferentes estágios que reflectem a consciência do problema e a predisposição do sujeito para enfrentá-lo. O processo de mudança é cíclico ou em espiral, o que permite aos indivíduos progredir ou regredir sem ordenação lógica, não sendo obrigatória a passagem linear por todos os estágios contemplados no modelo.

Ao contrário de outras abordagens que se centram mais nas influências sociais ou biológicas do comportamento, o Modelo Transteórico foca-se preferencialmente na mudança intencional, ou seja, na tomada de decisão do indivíduo. O presente modelo está fundamentado na premissa de que a mudança comportamental ocorre ao longo de um processo, no qual os indivíduos passam por diferentes níveis de motivação para a mudança. Esses níveis estariam representados por estágios de motivação, que traduzem a dimensão temporal do modelo e permitem a compreensão de quando mudanças particulares, intenções e reais comportamentos podem acontecer (Szupszynski & Oliveira, 2008).

2.2.3. Estágios de Mudança

No estágio de Pré-Contemplação, os sujeitos não consideram a mudança e não pretendem modificar o seu comportamento, podem até estar completamente inconscientes quanto à existência do problema e da necessidade de mudar ou de procurar ajuda para o efeito. Assim, os pré-contempladores dificilmente procuram ajuda para iniciar o seu processo de mudança e quando o fazem, geralmente são impelidos por motivos externos como os laborais e judiciais, entre outros. Quando iniciam tratamento, por norma apresentam uma atitude de marcada reactividade e resistência activa face à mudança. No entanto, nalguns pré-contempladores predominam sentimentos de desencorajamento que levam à resignação com a situação, acreditam que vão falhar sistematicamente e adoptam uma atitude passiva de aceitação resignada do problema, sem perspectiva de possibilidade de mudança face ao futuro (Szupszynski & Oliveira, 2008).

No estágio seguinte, Contemplação, os sujeitos estão conscientes de que o problema existe e começam a percebê-lo como motivo de preocupação e a encarar a possibilidade de mudança. “Isto é contemplação: saber para onde você quer ir, mas ainda sem estar preparado para ir para lá” (Prochaska, 1995, p.409). No que respeita ao consumo de substâncias, neste momento começam a ponderar a possibilidade de parar ou reduzir num futuro próximo, sendo provável que procurem informação, que reavaliem a sua relação com a substância e que considerem a necessidade de obter suporte profissional para a mudança de comportamento. Embora a movimentação seja no sentido da mudança, os contempladores possuem como principal característica a ambivalência. Apresentam uma nítida vontade de mudança que nos momentos de

ansiedade e de dúvida, enfraquece a sua força motivacional pela presença de ambivalência. Os sujeitos podem permanecer por longos períodos de tempo no estágio de contemplação, substituindo a acção pelo pensamento, são considerados os contempladores crónicos (Szupczynski & Oliveira, 2008).

Quando os contempladores iniciam a transição para o estágio de Preparação é possível observar duas mudanças específicas, o estabelecimento de um foco na solução de problemas e o pensamento direccionado para o futuro, em detrimento da anterior focalização no passado (Szupczynski & Oliveira, 2008). Este estágio é marcado pela capacidade de planeamento e pelo aumento da consciencialização do problema, o que leva os indivíduos a desenvolverem um plano cuidadoso de acções orientadas para a mudança. O compromisso é assumido interna e externamente, sendo muitas vezes necessário tornar pública a intenção de mudar, envolvendo-se de forma mais fidedigna com o processo de mudança. No que respeita especificamente ao consumo de substâncias, o seu uso pode-se manter, mas geralmente há intenção de parar num futuro muito próximo. Podem já se ter verificado tentativas de reduzir ou cessar o consumo e por outro lado, as tentativas podem estar a ser implementadas nesse momento, através da definição de objectivos e compromissos partilhados com os outros significativos (Miller, 1999). O facto de serem instituídas pequenas mudanças comportamentais, não faz com que a possibilidade da existência de ambivalência interna deva ser excluída (Szupczynski & Oliveira, 2008).

No estágio de Acção, os indivíduos iniciam explicitamente a modificação dos seus comportamentos problema, é um período que exige muita dedicação, disponibilização de energia pessoal e que dura até seis meses. Os indivíduos escolhem uma estratégia de mudança e começam a perseguir-la no sentido da sua concretização, ou seja, modificam activamente os seus hábitos comportamentais e o ambiente que os rodeia. Podem reavaliar a sua relação com a substância e muitas vezes a sua auto-imagem também (Miller, 1999). As mudanças realizadas neste estágio são mais amplas, significativas e apresentam maior visibilidade em comparação às realizadas nos estágios anteriores. Todo o processo de preparação está inserido neste estágio e é necessário que os indivíduos tenham consciência que é de extrema importância manter as mudanças realizadas (Szupczynski & Oliveira, 2008).

Por fim, no estágio de Manutenção o grande desafio traduz-se por aquilo que a própria denominação indica, manter as mudanças comportamentais e estabilizar o comportamento em foco. É necessário um esforço contínuo por parte dos sujeitos, de modo a consolidar os ganhos obtidos nos outros estágios, principalmente no de acção, e no sentido de estar permanentemente em alerta para prevenir a ocorrência de possíveis lapsos e recaídas (Miller, 1999). Os indivíduos aprendem a detectar e a defender-se das situações de risco para a abstinência, ou seja, aquelas que de alguma forma podem colocar em causa a manutenção da mudança de comportamento. A este estágio está inerente todo um trabalho contínuo de prevenção da recaída e desenvolvimento de estratégias de coping.

Segundo Miller e Rollnick (2001), é possível contemplar um sexto estágio que seria o da Recaída, no qual a tarefa dos indivíduos seria voltar a circular pelos demais estágios. A recaída pode ocorrer em qualquer momento e embora implique mudança de estágio motivacional, não remete obrigatoriamente para a Pré-contemplanção. É entendida como um fenómeno normal e natural, quando inserida num processo de mudança de comportamento a longo prazo. De qualquer forma, a recaída é uma oportunidade de aprendizagem e deve ser encarada deste modo, pode levar os indivíduos a perceber que certos objectivos traçados não são realistas, que determinadas estratégias de confronto não são eficazes e que certos contextos são uma forte ameaça à manutenção da mudança (Miller, 1999).

2.2.4. Prontidão

Outro conceito que se revela de extrema importância no Modelo Transteórico, é a prontidão, que consiste num conceito mais genérico e não pode ser definida com uma localização num estágio. A prontidão indica a vontade de se inserir num processo pessoal ou de adoptar um novo comportamento, representando desta forma uma mudança paradigmática em relação ao comportamento problema e estabelecendo um foco na motivação.

Segundo DiClemente, Schlundt e Gemmell (2004) verificam-se dois aspectos distintos relacionados a este constructo, que são a prontidão para a mudança e a prontidão para o tratamento. A prontidão para a mudança foi concebida como uma integração entre a consciencialização do sujeito em relação ao seu comportamento

problema e a confiança nas suas habilidades para mudar, ou seja, a sua percepção de auto-eficácia. Sendo que este tipo de prontidão estaria associado aos acontecimentos que ocorrem em cada estágio e que sugerem aos profissionais da área da saúde a necessidade de recorrerem a diferentes estratégias de intervenção.

Por sua vez, a prontidão para o tratamento focaliza o motivo para procurar ajuda e para iniciar, manter e terminar um tratamento. Um dependente de substâncias psicoactivas pode procurar e iniciar um tratamento, o que revela alta prontidão para o tratamento, embora não seja obrigatoriamente linear, que este esteja preparado para permanecer em abstinência, o que se traduz em baixa prontidão para mudar o comportamento problema.

Algumas perguntas ainda persistem na comunidade científica, nomeadamente as relacionadas ao método necessário para aumentar a eficácia dos tratamentos actuais, ou o que leva a que alguns indivíduos consigam modificar sozinhos os seus comportamentos problema, enquanto outros percorrem caminhos infundáveis e passam por diferentes tipos de tratamento. Segundo Heather (1992), os transtornos de dependência são essencialmente problemas motivacionais, na medida em que seria uma tendência humana ignorar os problemas antes de reconhecer os caminhos que podem conduzir à sua resolução, sendo a motivação a força propulsora que movimenta em direcção a um objectivo determinado e específico.

Uma implicação importante surge das pesquisas actuais, a descoberta da necessidade de inicialmente se aceder ao estágio de prontidão para a mudança e posteriormente adequar as intervenções terapêuticas em sua função (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). A compreensão da mudança como um processo e não como um evento isolado, contribui de forma extremamente significativa para o planeamento de intervenções terapêuticas mais adequadas. Perceber quando o sujeito está motivado, como e porquê, acarreta imensos avanços para a área da saúde, na medida em que orienta a equipa de profissionais no sentido do uso de tratamentos mais eficazes (Szupszynski & Oliveira, 2008).

2.3. Motivação e Mudança – Factores Facilitadores e Dificultadores

Com o intuito de aceder aos dados mais recentes no âmbito dos factores facilitadores e dificultadores da mudança de comportamento na área das adicções, foi realizada uma extensa pesquisa bibliográfica neste domínio.

Nos estudos a seguir mencionados, é feita referência a motivadores de procura de tratamento, a factores associados à adesão a um programa de tratamento, a factores facilitadores e dificultadores de mudança e a características de base na motivação para a mudança. A variedade de conceitos é justificada pela diversidade de perspectivas que permitem compreender o fenómeno da motivação. O objectivo é perceber o que promove a mudança de comportamento e consequentemente a procura de ajuda, e por outro lado perceber o que dificulta a tomada de decisão e a efectivação da mudança.

O reconhecimento do problema de dependência é um dos principais motivadores da procura de tratamento por indivíduos com este tipo de quadro clínico. Os dependentes de substâncias psicoactivas, costumam identificar um conjunto de sintomas antes de realizarem um contacto inicial com os serviços de saúde. No entanto, a identificação é apenas potencialmente determinante, muitos sujeitos não chegam a efectivar a procura dos serviços de saúde, pois as expectativas quanto à eficácia do tratamento, custos do mesmo, técnicas utilizadas e a percepção de auto-eficácia, podem influenciar de forma negativa a tomada de decisão neste sentido (Fontanella, Mello, Demarzo & Turato, 2008).

Contudo, a percepção da gravidade do problema através da presença de sintomatologia, está associada de forma positiva à procura de tratamento. A consciencialização da relação problemática existente com a substância psicoactiva, leva a que ocorra uma mudança na forma de avaliar e compreender alguns fenómenos até então percebidos como egossintónicos, no sentido da passagem para a egodistonia. Neste processo de mudança, estão presentes as consequências biopsicossociais do uso da substância, geralmente consideradas positivas pelo sujeito e que transportam para a decisão os sentimentos de ambivalência quanto à possibilidade de procurar ajuda. De acordo com o Modelo Transteórico de Mudança, a consciencialização do problema contribui para a passagem do estágio de pré-contemplação para contemplação e

posteriormente para acção, o que subentende uma solidificação cada vez maior da mudança de comportamento (Fontanella et al., 2008).

Neste sentido, um estudo qualitativo realizado por Fontanella et al., (2008) com treze dependentes de substâncias que procuraram tratamento, permitiu concluir que os indivíduos avaliam de forma pormenorizada e subjectiva o desconforto provocado pelos sintomas de dependência, e que esses mesmos sintomas são compreendidos como factores motivadores para a procura de tratamento. Os dados recolhidos foram organizados em seis categorias: desejo forte ou compulsão para usar e desejo de diminuir o uso; descontrolo quanto ao início, ao término e aos níveis de consumo; percepção do estado de abstinência fisiológica; percepção da tolerância; abandono de interesses e prazeres alternativos e percepção das consequências nocivas. É possível concluir que os sujeitos identificaram espontaneamente os fenómenos que constituem a síndrome de dependência, como factores motivadores da procura de tratamento.

Para além dos factores mencionados, outros dados relevantes foram encontrados. A sensação de descontrolo e os sentimentos concomitantes de arrependimento e culpa por não conseguirem parar e por perceberem a ineficácia das suas tentativas para interromper o consumo, bem como a percepção da síndrome de abstinência como factor gerador de angustia e de desconforto, contribuíram de forma significativa para a procura de tratamento. O tempo dispendido no consumo e na recuperação da intoxicação, a percepção da desvalorização de outras actividades, amizades, interesses e a perda de confiança dos significativos, foram particularmente decisivos para alguns sujeitos. Bem como as consequências físicas e psicológicas (défice de funções cognitivas) do consumo, constituíram factores motivacionais de alto impacto nesta amostra (Fontanella et al., 2008).

No mesmo sentido, Resende et al., (2005) realizaram um estudo com vinte e cinco dependentes de álcool de grau moderado e grave, com o objectivo de avaliar a prontidão para o tratamento. Os resultados obtidos permitiram observar que 76% dos sujeitos apresentavam severidade grave de dependência, ou seja, que a maioria dos sujeitos que procuraram tratamento encontravam-se neste grau de severidade, o que vai ao encontro dos resultados obtidos na pesquisa de Oliveira (2002), na qual 72% dos indivíduos apresentava dependência grave de álcool.

Estes dados permitem reflectir quando à possibilidade de os sujeitos procurarem tratamento quando o comportamento de beber deixa de ser mantido por contingências reforçadoras positivas e passa a ser sustentado pelas contingências reforçadoras negativas inerentes à síndrome de privação. Ao experimentarem prejuízos maiores tanto clínicos como psicossociais, o comportamento passa a ser mais punitivo que reforçador, o que promove maior prontidão para a mudança.

Ribeiro et al., (2008) realizaram um estudo com trezentos dependentes de álcool, com o objectivo de avaliar os factores associados à adesão a um programa de tratamento em ambulatório. Os resultados obtidos permitiram concluir que ter filhos, uma relação conjugal estável, afirmar problemas psicológicos, ter sofrido esquecimento ou fraqueza recentemente, sentir-se irritado sob o efeito de álcool, consumir sozinho, apresentar comorbilidade psiquiátrica, já ter procurado anteriormente tratamento para o alcoolismo, tratamento em psiquiatria e uso anterior de anti-depressivos, foram variáveis que se associaram de forma positiva à adesão ao tratamento.

Por outro lado, reduzir o consumo por influência familiar, sentir-se auto-suficiente, expansivo ou insatisfeito quando sóbrio, sentir-se auto-suficiente ou conformado quando alcoolizado, ter iniciado o consumo com idade superior a 42 anos e ter-se envolvido em agressão física com amigos, foram variáveis que se associaram negativamente à adesão ao tratamento. A relativização ou descrença na gravidade clínica das consequências do uso de álcool, pode resultar também em falta de adesão ao tratamento.

Genericamente, melhores níveis de relacionamento estavam associados de forma positiva à adesão, por sua vez, laços interpessoais fragilizados estavam associados negativamente à adesão. É de salientar que idade baixa de início de consumo, padrão de consumo recente mais elevado e presença de comorbilidade psiquiátrica, estavam associados de forma positiva à adesão, sendo que estas características clínicas estão habitualmente vinculadas à dependência de maior gravidade. Os resultados deste estudo vão ao encontro dos de Tucker et al. (2002), que identificaram as questões de saúde, problemas relacionados com o trabalho, relações interpessoais, familiares e actividades sociais, como os motivos mais referidos pelos sujeitos para iniciar e manter a abstinência, e conseqüentemente como factores de maior adesão ao tratamento.

Embora não se verifique um consenso geral entre os diferentes estudos dos factores associados à adesão aos programas terapêuticos, é possível mencionar algumas características associadas, tais como: o envolvimento de familiares ou outro significativo, ordem judicial, sexo, idade, uso de outras substâncias psicoactivas, comorbilidade psicológica, intensidade e duração do tratamento (Ribeiro et al., 2008).

2.3.1. Estágios de mudança e factores

Murta e Trócoli (2005) realizaram um estudo qualitativo com cinco de dependentes de álcool com o intuito de perceber os factores facilitadores e dificultadores de mudança, bem como as estratégias de coping usadas pelos sujeitos em cada estágio de mudança considerado no Modelo Transteórico (Prochaska, Diclemente & Norcross, 1992).

No estágio de Contemplação, os factores referidos como facilitadores de mudança foram predominantemente de carácter aversivo, sendo o nascimento de filhos o único factor não aversivo mencionado. Perdas a nível familiar, ocupacional, financeiro e de memória, necessidade de manter o casamento, doença na família, isolamento social, apatia e internamento psiquiátrico, foram os factores identificados. Os factores dificultadores de mudança traduzem-se por reforçadores negativos, tais como esquiva de problemas através do consumo e reforçadores positivos, como o consumo associado ao lazer, ao contexto social e familiar. A compulsão para consumir e a não aceitação do problema de dependência, constituem também factores dificultadores.

Quanto ao estágio de Preparação, os factores identificados como sendo facilitadores de mudança foram também do tipo aversivo, ou seja, problemas de saúde consequentes ao consumo, conflitos familiares, morar na rua, sentir vergonha, acidentes de viação e internamento psiquiátrico em clínica de baixa qualidade. Relativamente aos factores percebidos como dificultadores, foram encontrados: sensação de impotência frente ao beber, plano de suicídio, exclusão social e super protecção do cônjuge.

Nestes estágios motivacionais a ambivalência é uma constante. Claramente são percebidas vantagens e desvantagens no consumo, o que é seguido por consequências reforçadoras e punitivas. Quando as consequências punitivas superam em magnitude as consequências reforçadoras, a ambivalência diminui no sentido da maior

consciencialização da gravidade do problema e das contínuas perdas que podem advir pela manutenção do comportamento. Verifica-se também um aumento da percepção da necessidade de mudança de conduta, o que em cada indivíduo corresponde a um intervalo de tempo específico e variável.

No que respeita ao estágio de Acção, os factores referidos como facilitadores de mudança, consistiram no suporte social inerente à integração num grupo de ajuda mútua, aumento da percepção de auto-eficácia, fuga de exclusão social, suporte familiar e perda de todas as conquistas. A compulsão para beber, a percepção de inabilidade para lidar com a realidade, comemorações, atribuição de culpa pelos problemas pessoais a terceiros, não aceitar ajuda e não reconhecer a perda de domínio, foram os factores percebidos como dificultadores de mudança, neste estágio.

Por fim, no estágio de Manutenção foram referidos apenas os factores dificultadores de mudança, como a exposição a situações de risco, a presença de alcoolismo na família, auto cobranças e lidar com violência verbal no contexto familiar.

Desta forma, é possível concluir que se para cada estágio se verificam diferentes factores facilitadores e dificultadores de mudança, então facilmente se compreende que cada estágio impõe diferentes desafios para os quais são necessárias estratégias de coping específicas (Murta e Tróccoli, 2005).

2.3.2. *Bottoming out*

Miller e Tonigan (1996) descreveram a noção de *bottoming out*, como o processo através do qual o indivíduo desenvolve motivação para a mudança como resultado de um sofrimento intolerável. Assim, os sujeitos estariam mais predispostos a procurar tratamento e a realizar acções no sentido da mudança, quando tivessem experienciado a diferentes níveis, consequências significativamente negativas provocadas pelo consumo de substâncias (Field, Duncan, Washington & Adinoff, 2007).

Contudo, num estudo realizado por Field et al., (2007) com duzentos veteranos de guerra dependentes de substâncias (no qual, 59% da amostra era dependente de álcool), os resultados vieram demonstrar o oposto à noção de *bottoming out*. A

motivação para a mudança estava negativamente relacionada à descompensação emocional ou à severidade dos problemas. Como oposição à noção de *bottoming out*, neste estudo os sujeitos com níveis superiores de raiva ou depressão, encontravam-se menos motivados para a mudança. A nível da intervenção terapêutica, estes resultados sugerem que se os factores stressantes de vida forem diminuídos ou controlados, a motivação para a mudança pode evoluir de forma favorável, o que terá repercussões positivas em termos da eficácia do tratamento.

Alguns autores defendem que até certo nível o stress emocional é necessário para que o processo de mudança possa ocorrer. Willoughby e Edens (1996) referem que os dependentes de álcool no estágio de Contemplação ou de Acção exibem níveis mais elevados de depressão e ansiedade, que os sujeitos no estágio de Pré-Contemplação. Neste sentido, uma investigação de follow-up com policonsumidores, permitiu concluir que os sujeitos no estágio de Contemplação tendem a exibir níveis mais altos de stress emocional ou de sintomatologia psicológica, como depressão, ansiedade, entre outros estados negativos, em comparação aos sujeitos nos estágios de Pré-contemplação e Acção (Edens & Willoughby, 1999). Ainda noutros estudos (Hile & Adkins, 1998), os sujeitos no estágio de Contemplação reportaram níveis superiores de depressão em comparação aos estágios de Acção ou Pré-Contemplação, bem como menor satisfação com a sua qualidade de vida em termos gerais (Field et al., 2007).

Após a presente revisão bibliográfica, é possível mencionar que tentar aceder a uma definição universal de factores facilitadores e dificultadores de mudança de comportamento não é de todo exequível devido à sua enorme diversidade. No entanto, entre os diferentes estudos referidos, é possível identificar alguns denominadores comuns no que respeita aos factores que interferem significativamente no processo motivacional de mudança, o que em termos de adequação da intervenção terapêutica se traduz numa vantagem muito relevante.

Capítulo III – Diferenças de Sexo na Motivação ao longo do Processo Terapêutico

3.1. No tratamento

A existência de uma tendência culturalmente reducionista levou outrora a que reconhecidos antropologistas realizassem afirmações menos brilhantes como “não existem diferenças de sexo, externas à percepção cultural das mesmas” (MacDonald, 1994, p.6). Dito isto, por exemplo no domínio do consumo de bebidas alcoólicas, há determinadas características anatómicas que diferem entre os sexos e que claramente existem de forma independente à percepção cultural das mesmas, ou seja, são evidentes efeitos bioquímicos do etanol a nível físico, psicológico, da função hepática, entre outros, que são independentes dos factores sociais e culturais.

No entanto, para além das diferenças anatómicas que existem de forma independente aos traços culturais vigentes, é impossível negar a influência dos factores sociais e das normas, relativamente ao consumo de álcool. Neste sentido, os investigadores têm observado o papel das mulheres como guardiãs da propriedade moral e social, ou como modelos de auto-controlo (MacDonald, 1994), todavia o consumo de álcool por mulheres seria uma forma de desafio às normas estabelecidas. Esta pode ser sem dúvida uma hipótese de interpretação, pois assim como existem normas relativas aos papéis para o sexo feminino e para o masculino, as normas que definem a “masculinidade” e o “feminismo” podem sofrer alterações culturais e podem também ser desafiadas pelos indivíduos, da mesma forma que as normas estabelecidas para o consumo de álcool para homens e para mulheres podem ser modificadas.

Contudo, enquanto as diferenças de idade, status, afiliação, etc., são frequentemente expressas no tipo de bebida seleccionada, o mais amplo e consistente uso de bebidas alcoólicas, está na diferenciação de sexos que ocorre através da classificação das bebidas. As bebidas ditas femininas são quase sempre mais fracas, mais doces e mais suaves ou com menos teor alcoólico, em comparação as bebidas ditas “para homem”. Estas diferenças revelam a impregnação social do álcool, que não deixa de ser a pior das substâncias e cujo consumo muitas vezes conduz a um processo de doença grave, como tal é importante compreender o que leva homens e mulheres nas suas especificidades a procurar e a permanecer ao longo de um processo terapêutico.

Moos, Moss e Timko (2006) realizaram um estudo com uma amostra constituída por 461 indivíduos com problemas ligados ao álcool, dos quais 50% eram do sexo feminino. O objectivo era examinar a influência das diferenças de sexo no tratamento, nos grupos de auto ajuda, nos contextos de vida e nas estratégias de coping para a remissão do comportamento problema.

Os resultados desta pesquisa permitiram concluir que em comparação ao sexo masculino, as mulheres apresentavam maior probabilidade de participar nos Alcoólicos Anónimos (AA) e de obter melhores respostas relativamente ao problema de dependência e às exigências dos contextos de vida. As mulheres com problemas ligados ao álcool apresentaram maior probabilidade de obter ajuda e alterar o seu comportamento e, demonstraram ainda melhoras a nível da sintomatologia depressiva e no desenvolvimento de estratégias de coping. Por outro lado, a presença contínua de depressão e a resistência em adoptar estratégias de coping eficazes, revelaram-se mais associadas com a ausência de remissão do comportamento problema no sexo masculino.

Para ambos os sexos, aqueles que participaram em tratamento e/ou nos AA por um período significativo de tempo, revelaram uma maior probabilidade de atingir a remissão do comportamento problema. Contudo, as mulheres de alguma forma beneficiaram mais que os homens da participação prolongada nos AA e a sua participação nos grupos de auto ajuda esteve associada à redução do consumo de substâncias. Os autores referem que as mulheres beneficiam mais do tratamento e dos grupos de auto ajuda, porque as relações interpessoais são mais centrais para elas e também porque estão mais focadas nos aspectos terapêuticos do contexto.

As mulheres em comparação com o sexo masculino, tendem a participar tão bem ou até melhor nos tratamentos para a dependência de álcool. Parece que a participação em tratamentos é mais benéfica para as mulheres, porque estas se revelam mais responsivas e comprometidas com o processo de tratamento (Moos, Moss & Timko, 2006).

Huselid, Self e Gutierrez (1991) explicam o facto de as mulheres beneficiarem mais da presença nos Alcoólicos Anónimos devido à ideologia base deste tipo de tratamento, que envolve assumir a impotência perante o álcool, a falta de controlo no próprio comportamento e no problema de dependência, e assumir que existe um poder

superior que conduz à sobriedade. De acordo com esta perspectiva, as mulheres com problemas ligados ao álcool apresentavam geralmente, baixa auto estima, locus de controlo externo, baixa percepção de auto eficácia e consumo frequente quando se sentem impotentes ou inadequadas. Estas características pessoais são congruentes com a ideologia dos AA que espera que os indivíduos com problemas de dependência admitam a sua impotência e inabilidade perante o álcool e que confiem num poder superior para atingir a recuperação. Por outro lado, a questão do anonimato pode ser particularmente importante para as mulheres, devido ao forte estigma social inerente ao alcoolismo no feminino (Moos, Moss & Timko, 2006).

Neste sentido, antes de obterem ajuda para o problema de dependência, as mulheres podem ter experienciado maior número de factores sociais stressantes em comparação ao sexo masculino. Todavia, as mulheres tendem a possuir maior suporte dos membros da família e de amigos, o que sugere que o comportamento problema permanece mais socialmente integrado, em comparação ao que se verifica com os homens (Moos, Moss & Timko, 2006). É de salientar que esta perspectiva relativamente ao apoio por parte da família não é partilhada por diferentes autores.

Moss, Moss e Timko (2006) defendem que nas tentativas de resposta aos eventos de vida stressantes, as mulheres geralmente não recorrem a estratégias de coping que servem para descarregar ou negar emoções, como a utilização do consumo de álcool com o objectivo de evitar ou regular emoções desagradáveis, pois este fenómeno é mais visível no sexo masculino. A propensão para consumir álcool como mecanismo de coping é um factor de risco para o desenvolvimento de problemas ligados ao álcool e parece fortificar a associação entre stress emocional e consumo de álcool, mais entre o sexo masculino do que no feminino.

Relativamente ao objectivo deste estudo (Moos, Moss & Timko, 2006), de examinar a influência das diferenças de sexo em diferentes âmbitos, é possível referir que não foram encontradas diferenças na frequência ou quantidade de álcool consumido, nem no número de problemas actuais ligados ao álcool.

Contudo, em comparação com os homens, as mulheres relataram maior frequência de sintomas de dependência mas menos problemas ligados ao álcool a longo prazo. No que respeita às comparações ao longo do tempo entre os sexos, os resultados

permitiram referir que as mulheres obtiveram melhoras mais rapidamente no que respeita à redução do consumo de álcool, aos sintomas de dependência e à presença de sintomatologia depressiva e também revelaram um aumento mais rápido a nível da percepção de auto-eficácia.

Quanto à influência das diferenças de sexo nos contextos de vida e nas estratégias de coping para a remissão do comportamento problema, os resultados mostraram que as mulheres aumentaram o número de amigos, desenvolveram estratégias de coping eficazes e diminuíram o consumo de álcool como estratégia de coping para lidar com sentimentos negativos, assim como diminuíram a presença de factores stressantes presentes na sua vida. Para ambos os sexos, a presença de maior número de problemas ligados ao álcool e sintomas de dependência, a maior frequência e intensidade no consumo e uso do álcool como estratégia de coping, estiveram associados a pior prognóstico.

Por outro lado, níveis superiores de auto-eficácia e presença de um círculo social alargado de suporte, foram predictores da remissão estável do comportamento problema. Estes resultados sugerem que mulheres com problemas ligados ao álcool, de alguma forma estão mais disponíveis para utilizar os seus recursos pessoais e sociais no tratamento e que a presença de suporte social é uma vantagem mais para o sexo feminino, embora seja fundamental para ambos os sexos (Moos, Moss & Timko, 2006).

3.2. Ao longo do ciclo de recuperação

Grella, Scott, Foss e Dennis (2008) desenvolveram um estudo que se focou na influência das diferenças de sexo ao longo do ciclo de recuperação e nas suas repercussões relativamente à participação no tratamento. Segundo os autores, as diferenças de sexo são notórias logo na fase inicial do tratamento, que engloba as influências sociais que tanto podem favorecer ou atrasar a entrada no tratamento, como o encaminhamento para o mesmo.

Concluíram que as mulheres apresentavam maior probabilidade de ingressar no tratamento através da saúde mental e que o uso de substâncias bem como a participação no tratamento variam em função do sexo. Desta forma, referiram que o curso longitudinal da recuperação pode ser influenciado por diferentes contextos sociais como

o familiar e o laboral, em função da interacção com instituições sociais, do bem estar social, dos serviços de saúde disponíveis e da participação em tratamento e grupos de ajuda.

Grella et al., (2008) desenvolveram um estudo longitudinal com duração de quatro anos e realizaram um acompanhamento anual de uma amostra constituída por 476 homens e 726 mulheres. No que respeita à caracterização da amostra em relação à substância psicoactiva de eleição, um número superior de sujeitos do sexo masculino relatou uso semanal de álcool, enquanto as mulheres referiram maioritariamente, uso semanal de cocaína e heroína. Neste estudo foram contemplados quatro estágios, “em uso”, “em tratamento”, “preso” e “em recuperação”, a movimentação de um estágio para outro corresponde a caminhos de transição.

Num período de tempo significativo após o início do estudo, 83% da amostra mudou de estágio pelo menos uma vez e por múltiplas vezes transitaram pelos vários estágios do ciclo de recuperação. No primeiro acompanhamento realizado, as mulheres apresentaram maior índice de retorno ao tratamento, em relação aos homens que apresentaram maior índice de prisão.

A presença de psicopatologia esteve fortemente associada à manutenção do consumo de substâncias psicoactivas em ambos os sexos. As mulheres que conviviam com usuários de substâncias psicoactivas relevaram maior probabilidade de manter o consumo. Não se verificaram diferenças de sexo em relação à proporção do consumo de álcool. No entanto verificaram-se diferenças a nível do funcionamento psicossocial, nas mulheres, referente às questões de índole psicológica e nos homens às questões de índole judicial. As mulheres mantiveram taxas de emprego reduzidas e revelaram mais problemas interpessoais, contudo apresentaram grande participação nos grupos de auto ajuda.

Desta forma, os autores concluíram que ambos os sexos apresentam diferenças no ciclo de recuperação, nomeadamente que existe uma forte associação entre psicopatologia e uso de substâncias psicoactivas no sexo feminino, o que leva a pensar que os problemas de saúde mental estariam associados ao estágio de recaída. No que respeita ao sexo masculino, verificou-se uma forte associação entre comportamento criminal e o consumo de substâncias psicoactivas, concluindo-se que o envolvimento

com a justiça tem repercussões nas transições do ciclo de recuperação. Como já foi mencionado noutros estudos, as mulheres apresentaram maior probabilidade de aderir ao tratamento e de participar em sessões de auto ajuda, o que estaria relacionado com a manutenção no estágio de recuperação, a verificar-se maioritariamente no sexo feminino.

Um dos objectivos desta investigação (Grella et al., 2008), foi observar qual a frequência com que os sujeitos transitavam de um estágio para o outro, dentro do ciclo de recuperação ao longo dos quatro anos de acompanhamento. A análise das transições revelou que ao fim de três anos, o percentual de sujeitos a consumir diminuiu de forma significativa e que o número de sujeitos no estágio de recuperação era muito superior aos que se encontravam nesse estágio no primeiro acompanhamento.

No que respeita especificamente à transição dos estágios “em uso” para “em recuperação” e vice-versa, a relação interpessoal foi um factor significativo para ambos os sexos. A presença em sessões de auto ajuda, esteve associada ao aumento da probabilidade de transitar para o estágio “em recuperação” principalmente para as mulheres. Quanto aos sujeitos que recaíram, foi possível encontrar alguns factores que se encontravam relacionados, tais como ter menos amigos que não consumiam substâncias psicoactivas, apresentar maior número de problemas legais, ser do sexo masculino, o tratamento ter tido maior duração e frequentar menos sessões de auto ajuda durante o período em que o presente estudo foi realizado. No sexo masculino, concluiu-se que quanto maior o número de dias de consumo, menor a probabilidade de transitar de estágio. Por fim, a proporção de mulheres que estava no estágio “em recuperação” e que permaneceu nesse mesmo estágio nos períodos de transição, superou a dos sujeitos do sexo masculino. Com isto, é possível concluir que o sexo é um factor determinante na caracterização da relação dos indivíduos com o consumo de álcool.

Elbreder, Laranjeira, Siqueira e Barbosa (2008), concluíram que se verificam diferenças de sexo no consumo de álcool, nomeadamente que o uso abusivo é mais frequente no sexo masculino, embora alguns estudos apontem para um aumento do consumo no sexo feminino e com maior precocidade, caminhando desta forma para a diluição da discrepância entre os sexos. No entanto, a metabolização de álcool e de outras substâncias psicoactivas será sempre mais lenta nas mulheres devido a questões orgânicas, o que as torna mais susceptíveis aos danos provocados pelo consumo, mesmo

que a ingestão seja menor e por períodos mais curtos. Assim, mesmo que as mulheres iniciem o consumo de álcool mais tardiamente, as complicações físicas e psicológicas inerentes ao consumo manifestar-se-ão mais cedo. Neste sentido, num estudo desenvolvido por Kreutzberg (1998), as mulheres apresentaram o primeiro internamento psiquiátrico quatro anos após o início do consumo regular de álcool, e os homens oito anos mais tarde (Elbreder et al., 2008).

3.3. À entrada e manutenção em tratamento

Para examinar as diferenças de sexo no que respeita à entrada e manutenção em tratamento para dependência de substâncias, foi desenvolvida uma investigação por Pelissier (2004) com 2219 indivíduos detidos no *Federal Bureau of Prisons*, entre 1991 e 1995. O presente estudo permitiu concluir que alguns dos factores que conduzem os indivíduos para o tratamento são os mesmo que os mantêm no processo terapêutico, e que os predictores atitudinais são os melhores indicadores da entrada e manutenção no tratamento, ou seja, que independentemente do sexo, a motivação para a mudança interfere na adesão ao tratamento.

De acordo com os resultados, no que respeita às diferenças de sexo na motivação, as mulheres que apresentaram mais problemas no trabalho, presença de depressão e história de abuso físico, tinham níveis mais elevados de motivação interna. As mulheres com laços familiares positivos e estáveis tinham maior probabilidade de entrar em tratamento do que os homens com o mesmo estilo de laços familiares. Em ambos os sexos, foi encontrado que os sujeitos com elevado nível educacional apresentavam menor probabilidade de entrar em tratamento mas, que aqueles que planeavam viver com menores no final da pena tinham maior probabilidade de iniciar terapêutica.

Em relação ao consumo de substâncias, não foram identificadas diferenças significativas entre os sexos. Todavia, as mulheres que consumiam diariamente marijuana antes de serem presas, apresentavam menor probabilidade de entrar em tratamento mas, de forma contrária, as mulheres que consumiam exclusivamente álcool apresentavam maior probabilidade de entrar em tratamento.

No que respeita à presença de psicopatologia, os diagnósticos de perturbação da personalidade anti-social e de depressão estiveram relacionados de forma positiva com a entrada no tratamento para o sexo feminino, mas não para o sexo masculino. No entanto, as mulheres que não tiveram nenhum dos diagnósticos anteriormente mencionados, tinham maior probabilidade de entrar em tratamento. Contudo, as mulheres com diagnóstico isolado de depressão ou diagnóstico de depressão com traços anti-sociais, apresentavam menor probabilidade de entrar em tratamento. Neste sentido, para estes dois últimos aspectos não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos.

Examinando o perfil de predictores de entrada no tratamento no sexo feminino, é possível mencionar que as pressões sociais e os relacionamentos afectivos interferem positivamente na probabilidade de iniciar um acompanhamento terapêutico.

A motivação para a mudança conduz os indivíduos a entrar em tratamento e também a permanecer no seu curso. Desta forma, se os mesmos factores têm esta dupla função, isto poderá ter implicações em termos da eficácia da intervenção terapêutica, na medida em que os factores motivacionais para entrar em tratamento são muitas vezes os mesmos que conduzem à permanência no mesmo. Neste sentido, tanto a motivação interna como a externa podem conduzir os indivíduos a iniciar tratamento. No entanto, a presença de motivação interna é determinante nos dois sexos para iniciar e manter um tratamento a longo prazo, o que sugere que as intervenções terapêuticas sejam desenvolvidas no sentido da promoção da motivação interna e do *empowerment* dos sujeitos.

Com tudo isto, é possível pensar as mulheres dependentes de substâncias psicoactivas como um subgrupo diferenciado com características e necessidades particulares, tanto a nível do diagnóstico como a nível do tratamento. Elas tendem a retardar a procura de ajuda devido ao preconceito e estigmatização social inerente ao alcoolismo no feminino, o que muitas vezes as faz permanecer anónimas durante demasiado tempo. A representação de que o consumo de substâncias psicoactivas é um comportamento desviante e de que a mulher que adopta tal conduta está a contrariar as normas sociais duplamente, na medida em que poderá não cumprir os papéis sociais e culturais a ela destinados, tais como o papel de mãe, esposa e responsável pela família,

contribui para que muitas mulheres realizem os consumos de forma encoberta, constituindo uma “fracção oculta da sociedade”.

Num estudo realizado por Weisner (1993), observou-se que as mulheres apresentavam menos apoio da família ou amigos para iniciar um tratamento e que as perdas pessoais, sociais e profissionais foram preditivas para a entrada no tratamento. As mulheres enfrentam barreiras de ordem estrutural, sistémica, social, cultural e pessoal na procura e permanência no tratamento para dependências. As barreiras estruturais dizem respeito às práticas e políticas adoptadas pelos programas e serviços de assistência à saúde e as barreiras de ordem social, cultural e pessoal fazem referência aos comportamentos e papéis predeterminados social e culturalmente para as mulheres (Oliveira & Nascimento, 2007).

Desta forma, é possível concluir que a heterogeneidade social, cultural, de sexo e referente a outros domínios, é uma realidade nos dependentes de substâncias, e que a tendência para a homogeneização deve ser dissolvida no sentido do seu desaparecimento e da potencialização da eficácia dos tratamentos.

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo IV – Método

4.1. Participantes

Para o estudo dos Estádios de motivação para o tratamento na dependência alcoólica – percursos individuais e género, foi utilizada uma amostra de 52 sujeitos, utentes da Unidade de Alcoologia do Porto do serviço de ambulatório.

O diagnóstico conclusivo de dependência de álcool realizado durante a consulta de triagem por uma equipa multidisciplinar, foi o único critério de inclusão considerado. Posteriormente, se no contacto individual com o utente (em consulta) este não obtivesse um desempenho produtivo nos instrumentos administrados, era excluído da amostra.

Assim, a amostra final é constituída por 30 utentes do sexo masculino (57,5%) e 22 utentes do sexo feminino (42,3%), compreendidos nas faixas etárias entre os 23 e os 62 anos (M= 44,60 e DP= 8,032). A proporção entre os sexos é representativa da realidade populacional encontrada no Serviço de Alcoologia, no qual a frequência de mulheres é claramente inferior se comparada com o sexo oposto.

Com o intuito de caracterizar globalmente a amostra utilizada, foram recolhidos através de uma entrevista semi-estruturada, dados referentes a diversas áreas de vida, e que serão de seguida apresentados de modo a permitir um maior conhecimento sobre os sujeitos.

No que se refere ao nível de escolaridade, é possível mencionar que mais de metade da amostra, 28 indivíduos, frequentaram o 1º ciclo do ensino básico (53,8%) (ver Tabela 1).

Tabela 1

Nível de escolaridade

Nível	Frequência	Percentagem
1º Ciclo do ensino básico	28	53.8
2º Ciclo do ensino básico	11	21.2
3º Ciclo do ensino básico	5	9.6
Ensino Secundário	7	13.5
Analfabetismo	1	1.9

Profissionalmente, existem duas situações que se salientam, verificando-se que 20 sujeitos estão no activo (38,5%) e 19 desempregados (36,5%) (ver Tabela 2). Dos 30 sujeitos do sexo masculino que constituem a amostra, 12 estão no activo (40%) e as profissões correspondentes a este sector são: construtor civil, electricista, empresário da indústria da panificação, empregado de balcão, agricultor, motorista e marceneiro.

Tabela 2

Situação Profissional

Situação	Frequência	Percentagem
Activo	20	38.5
Desempregado	19	36.5
Inactivo	13	25.0

Relativamente aos 22 sujeitos do sexo feminino, 8 estão no activo (36,4%) e as profissões exercidas pelas utentes são: revistadeira, costureira, doméstica, funcionária pública administrativa, ajudante de cozinha e auxiliar de limpeza num instituto superior.

A situação económica actual corresponde a 18 sujeitos no activo (34,6%) e 15 a receber o rendimento social de inserção (28,8%) (ver Tabela 3).

Tabela 3

Situação Económica Actual

Situação	Frequência	Percentagem
Activo na Profissão	18	34.6
Rendimento Social de Inserção	15	28.8
Outros	10	19.2
Não recebe nada	6	11.5
Fundo de Desemprego	3	5.8

Quanto ao estado civil, foram reconhecidas quatro condições: 22 sujeitos estão casados (42,3%), 18 estão solteiros (34.6%), 9 estão separados (17,3%) e por fim, 3 enviuvaram (5,8%) (ver Tabela 4). A média de número de filhos nesta amostra corresponde a 2 filhos por participante (DP=1,321, min=0 e max=7), sendo que 22 utentes coabitam com os filhos (42,3%) e 30 não coabitam (57,5%).

Tabela 4

Estado Civil

Estado	Frequência	Percentagem
Casado	22	42.3
Solteiro	18	34.6
Separado	9	17.3
Viúvo	3	5.8

Problemas ligados ao álcool é uma expressão um tanto ou quanto ampla, mas muito usada para designar as consequências nocivas do consumo de álcool, consequências essas, físicas, mentais ou sociais, que atingem não só o bebedor mas

também a família e a colectividade em geral. Na presente amostra, a realidade dos problemas ligados ao álcool na família, verifica-se em 34 sujeitos (65,4%), 17 do sexo masculino (56,7%) e 17 do sexo feminino (72,3%).

Com o intuito de perceber qual o peso familiar do consumo de álcool foi questionado aos utentes que elementos da família considerariam possuir problemas ligados ao álcool. Desta forma, concluiu-se que as relações familiares de sentido vertical (exemplo: pais, filhos, avós com problemas ligados ao álcool, etc.) eram as mais evidentes, estando presentes nas histórias de 24 sujeitos (46,2%). A ausência de problemas ligados ao álcool na família verificou-se em 18 sujeitos (34,6%) e por fim, as relações de tipo horizontal (irmãos e primos) verificaram-se em 10 sujeitos (19,2%) (ver Tabela 5).

Tabela 5

Presença de Problemas Ligados ao Álcool na Família

Sentido da relação familiar	Frequência	Percentagem
Sentido Vertical	24	46.2
Ausente	18	34.6
Sentido Horizontal	10	19.2

4.2. Material

Na presente investigação foram administrados os seguintes instrumentos: um Questionário sócio-demográfico, uma Entrevista semi-estruturada, o *Short-form Alcohol Dependence Data* (SADD) criado por Raistrick, Dunbor e Davidson (1983) para avaliar o grau de dependência alcoólica, o *Readiness to Change Questionnaire* (RCQ) desenvolvido por Heather e Rollnick (1992, 1993) para avaliar a disposição dos sujeitos para a mudança e o *Brief Symptom Inventory* (BSI) concebido por Derogatis (1975) para identificar a presença de sintomas psicológicos clinicamente relevantes.

4.2.1. Questionário sócio-demográfico

Do questionário sócio-demográfico fazem parte os seguintes itens: número do processo, nome, idade, sexo, nível de escolaridade, situação profissional, estado civil, número de filhos, coabitação dos filhos com o sujeito, outras perturbações psicológicas diagnosticadas, presença de problemas ligados ao álcool na família e situação económica actual (ver Anexo I).

O levantamento dos dados sócio-demográficos é essencial para caracterizar a amostra e perceber eventuais especificidades da mesma. Por outro lado, uma vez reconhecida a ideia de que a presença de problemas ligados ao álcool na família, é um factor com impacto na sua estrutura e muitas vezes com repercussões significativas nos vários elementos, torna-se igualmente relevante caracterizar a amostra neste domínio.

4.2.2. Entrevista semi-estruturada

Baseada nos objectivos que sustentam o presente trabalho foi elaborada uma Entrevista semi-estruturada para recolher e explorar informação, organizada em dois blocos distintos: caracterização do consumo de álcool e motivação para o tratamento (ver Anexo II).

No que respeita à caracterização do consumo de álcool, torna-se essencial compreender a evolução do mesmo ao longo do tempo. Desta forma, através da entrevista semi-estruturada foram recolhidas as seguintes informações: idade da primeira experiência com álcool, motivo e contexto, idade de início de consumo regular e idade de início do consumo excessivo, motivo e contexto.

O motivo traduz muitas vezes a função ou significado que o álcool tem na vida dos sujeitos, o que se torna relevante como meio de caracterização da amostra. Já o estudo dos contextos, serve essencialmente para verificar se existe homogeneidade entre os sexos, nas escolhas relativas aos locais de consumo.

Ainda neste bloco, é realizada a caracterização diária do consumo, questionando o utente sobre a quantidade de álcool consumida em cada refeição e fora das refeições. A resposta poderia ser dada em número de copos ou litros, sendo que posteriormente era

feita a conversão para o número de unidades consumidas, considerando 10g de álcool puro como uma unidade, que é o sistema adoptado na Unidade de Alcoologia.

Posteriormente são exploradas as consequências do consumo de álcool. Identificar e nomear as consequências, revela insight ou reconhecimento do problema. O facto de se reconhecer o problema ou por outro lado, considerar que este não existe ou não é relevante, tem influência directa no envolvimento com o tratamento e na motivação direccionada para o mesmo.

Neste sentido, reconhecer que o consumo acarreta consequências em diversas áreas, conduz muitas vezes ao balanceamento das vantagens e desvantagens da manutenção do comportamento problema e desta forma à opção pela mudança de comportamento correspondente à abstinência. Como tal, tudo isto é material que facilita a compreensão e interpretação do estágio motivacional em que o utente se encontra, permitindo também, aceder com maior profundidade à percepção que os sujeitos têm em relação ao seu problema de dependência.

Por fim, questiona-se o utente sobre quem o enviou para o serviço, como foi encaminhado, e se já havia realizado tratamentos anteriores para a dependência do álcool. Se sim, é explorado o que aconteceu após tratamento e posteriormente é feito um levantamento das expectativas para a fase actual. Tanto as experiências anteriores como as expectativas para o tratamento podem ser determinantes no sucesso do mesmo.

Quanto ao bloco da motivação para o tratamento, torna-se essencial ter em conta que na ausência da compreensão dos antecedentes do processo motivacional, ou seja, dos factores que conduziram à procura de tratamento, o conceito de motivação pode ser usado e interpretado de forma errónea. Aspectos sociais, pessoais, traços culturais, determinados tipos de tratamento, podem influenciar a acção de procurar ajuda de forma diferenciada. Neste sentido, é justificada a pertinência de estudar os motivos para procurar tratamento. Só assim, será possível realizar uma análise mais correcta do estágio motivacional dos sujeitos e por outro lado, traduz-se também como uma forma de aceder aos conteúdos que estão na base da decisão tomada pelos mesmos e, concomitantemente permite compreender quais são as suas maiores preocupações e necessidades no momento da procura de ajuda.

Com o intuito de clarificar aquilo que está subjacente ao compromisso com o tratamento é necessário aceder ao locus de controlo dos participantes, ou seja, identificar se estes se percebem como responsáveis pelas suas escolhas que são baseadas nos seus princípios e nos seus valores (motivação intrínseca) ou se, se percebem como sendo influenciados por factores externos como pressões a nível interpessoal, ocupacional, financeiro, entre outras (motivação extrínseca).

No que respeita ao tratamento, para a obtenção de resultados a longo prazo, é necessária a presença de motivação intrínseca, sendo muitas vezes a existência de motivação extrínseca o ponto de partida para a intervenção terapêutica no sentido da promoção de factores intrínsecos, que liguem o sujeito ao tratamento de forma mais estável e segura. O que por sua vez, vem legitimar a necessidade de verificar como se situa a presente amostra no que respeita à motivação.

Identificar e compreender aquilo que promove e facilita a procura de tratamento, bem como aceder àquilo que são considerados os obstáculos mais frequentes neste processo, é algo de extrema importância se percebido como factores cuja influência se revê no tipo de ligação estabelecida com o tratamento. Com isto, sabe-se que existem momentos chave para realizar a intervenção terapêutica, momentos esses, relacionados com a predisposição, aptidão e disponibilidade para a mudança. Neste sentido, se for possível reduzir o número de obstáculos para a procura de tratamento e concomitantemente aumentar os factores facilitadores deste processo, está-se a potenciar a eficácia da intervenção terapêutica. Consequentemente, realizou-se um levantamento destes dados, através do questionamento directo aos sujeitos acerca dos factores considerados como facilitadores/promotores da procura de tratamento e dos obstáculos ou factores dificultadores da procura de tratamento.

Por outro lado, sabe-se também que a presença de apoio no processo terapêutico é um factor muito importante para o sucesso do mesmo, pelo que é necessário perceber se os sujeitos se sentem apoiados no tratamento e quem são estes elementos de apoio. Mais uma vez, estes dados foram recolhidos através do diálogo com os utentes ao longo da consulta.

Concluída a entrevista, é realizado o Exercício do Nível de Comprometimento para a Abstinência (de 0 a 100), que serve para colmatar qualquer dúvida suspensa

quanto ao envolvimento com o tratamento, ou para verificar se há alguma discrepância entre o discurso do utente e o resultado do exercício.

4.2.3. *Short-form Alcohol Dependence Data (SADD)*

Com o intuito de caracterizar clinicamente a amostra em estudo e tendo em conta que a presente investigação se direcciona exclusivamente para a dependência de álcool, facilmente se justifica a necessidade de caracterizar a severidade da dependência dos participantes, assim, para o efeito utilizou-se o instrumento *Short-form Alcohol Dependence Data* (SADD) (ver Anexo III).

O SADD foi desenvolvido por Raistrick, Dunbor e Davidson (1983), tendo sido padronizado para uso por Jorge e Masur (1986) no Brasil. O objectivo do presente instrumento é avaliar o grau de dependência alcoólica e para o efeito é constituído na totalidade por 15 itens relacionados com o consumo de álcool. Ao sujeito são apresentadas 4 hipóteses de resposta, numa escala tipo Lickert (de 0=Nunca a 3=Quase sempre). O processo de cotação decorre a partir do somatório dos pontos obtidos em cada um dos 15 itens. Desta forma os sujeitos são enquadrados nas seguintes categorias: 1 a 9=Dependência Leve, 10 a 19=Dependência moderada e de 20 a 45=Dependência grave. No que respeita às suas qualidades psicométricas, a escala apresenta correlação do coeficiente de Spearman $r=0,81$ e confiabilidade teste-reteste $r=0,90$, o que indica que o instrumento SADD possui estabilidade e validade como medida de severidade da dependência alcoólica, pelo que pode ser usado com segurança em amostras clínicas.

4.2.4. *Readiness to Change Questionnaire (RCQ)*

Sendo o tema da presente investigação, o estudo dos Estádios de motivação para o tratamento na dependência alcoólica, utilizamos o instrumento *Readiness to Change Questionnaire* (RCQ) desenvolvido por N. Heather e S. Rollnick (1992, 1993) e traduzido e adaptado para português por Aníbal Fonte (1996) (ver Anexo IV).

O objectivo do RCQ é avaliar especificamente o “estádio de mudança” no qual o dependente de álcool se encontra. É constituído por 12 questões que ajudam o sujeito a clarificar a sua posição, conduzindo a uma reflexão sobre a sua relação com o álcool e

os eventuais prejuízos dessa mesma relação. Assim, justifica-se a sua potencial finalidade para o emprego clínico.

A análise factorial dos itens organizou-os em três estádios principais (Pré-Reflexão, Reflexão e Acção) representados por 4 itens cada, que procuram apreciar diferentes aspectos do mesmo estádio, para uma avaliação mais completa. As respostas a cada item são distribuídas num escala de cinco pontos (de -2=Desacordo Total a +2=Acordo Total).

Quanto à cotação final das subescalas, é feita através da soma aritmética dos respectivos itens e posteriormente é atribuído um estádio ao sujeito em função da subescala na qual teve uma pontuação mais elevada. No caso de empate, o sujeito é situado no estádio mais avançado, pressupondo que se trata do ponto mais alto obtido ao longo de um *continuum* de mudanças.

Relativamente às qualidades psicométricas do instrumento, verifica-se o agrupamento dos itens em três escalas emergentes da análise factorial, com bons índices de homogeneidade e de consistência interna. O RCQ mostrou possuir um índice de homogeneidade apropriado com todos os itens a apresentarem uma correlação (r de Pearson) superior a 0.45 (correlação média inter-item: Pré-Reflexão = 0,358; Reflexão = 0,608 e Acção = 0,413). Quanto ao Coeficiente alfa de Cronbach, os resultados traduzem que cada subescala é marcada por um conteúdo suficientemente homogéneo e unidimensional (Pré-Reflexão = 0,716; Reflexão = 0,859 e Acção = 0,735).

4.2.5. *Brief Symptom Inventory* (BSI)

Sendo a comorbilidade uma realidade com visibilidade na dependência alcoólica, é importante reconhecer se existe perturbação emocional na amostra seleccionada e quais as dimensões psicológicas mais afectadas.

O *Brief Symptom Inventory* (BSI) foi concebido por L. Derogatis (1975) e adaptado para português por Canavarro (1999) (ver Anexo V). Consiste na versão mais breve do instrumento SCL-R-90 (Derogatis, 1975, 1977) que mede as mesmas dimensões, sendo que as correlações entre os dois instrumentos foram de 0,92-0,99, o que indica valores elevados de validade para o instrumento.

O BSI é um instrumento que visa identificar através do auto relato, a presença de sintomas psicológicos clinicamente relevantes, em adolescentes e adultos. Neste sentido, é composto por 53 itens que abrangem 9 dimensões: Somatização, Obsessões Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicotismo e, é constituído por três índices globais de perigo, o Índice Geral de Sintomas (IGS), o Total de Sintomas Positivos (TSP) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP). Os índices globais medem respectivamente, sintomatologia corrente, intensidade dos sintomas e número de sintomas encontrados. Desta forma, aos sujeitos é solicitado que para cada item, que representa um problema ou sintoma, seleccionem numa escala de 5 pontos (de 0=Nunca a 4=Muitíssimas vezes) a opção que melhor traduzir o grau em que esse problema os afectou durante a última semana.

Quanto à cotação do instrumento, os itens 11, 25, 39 e 52 não estão presentes em nenhuma das dimensões, mas são incluídos por serem clinicamente significativos. Assim, do IGS fazem parte estes itens, sendo que este índice corresponde ao somatório das pontuações de todos os itens a dividir pelo número total de itens. Por sua vez, o TSP equivale à contagem dos itens assinalados com resposta positiva (entenda-se superior a 0) e o ISP calcula-se através do somatório da pontuação de todos os itens a dividir pelo TSP. Se a pontuação obtida no IGS for superior a 1,7 é indicador de perturbação emocional, sendo necessário verificar quais as dimensões igualmente afectadas.

O BSI revela boa confiabilidade de consistência interna para as nove dimensões (que vão desde 0,71 para Psicotismo e 0,81 para Depressão). Quanto à confiabilidade teste-reteste para as dimensões, varia entre 0,68 (Somatização) e 0,91 (Ansiedade Fóbica) e, para os três índices globais de 0,81 (ISP) para 0,90 (IGS). Na versão portuguesa, o alpha de Cronbach (quer dos diversos itens, quer dos valores globais das dimensões) encontra-se entre 0,70 e 0,80, à excepção dos valores das dimensões Ansiedade Fóbica (0,624) e Psicotismo (0,621), que se apresentam ligeiramente abaixo do referido intervalo. Os valores das correlações *slipt-half* e os coeficientes de Spearman-Brown surgem também como dados indicativos da boa consistência interna da escala.

4.3. Procedimento

Inicialmente foi realizada uma apresentação verbal do projecto de investigação à Directora da Unidade de Alcoologia do Porto, na qual foi especificado o tema da investigação e os objectivos gerais da mesma. Debatida a pertinência do presente estudo, foi obtida autorização para a sua concretização.

O primeiro contacto com os utentes ocorria na consulta de acolhimento, durante a qual está presente a equipa multidisciplinar que irá acompanhar o sujeito. Caso o diagnóstico de dependência alcoólica fosse comprovado (critério de inclusão), era marcada consulta para as diferentes especialidades, com o cuidado de que a consulta de psicologia fosse no prazo de uma semana a quinze dias.

Na consulta individual, o primeiro passo consistia em solicitar a livre colaboração na investigação, explicando aos utentes o tema e os procedimentos da mesma, bem como o carácter anónimo e confidencial da sua participação, sendo salientada a possibilidade de se retirarem da investigação a qualquer momento. Caso concordassem em participar, procedia-se ao preenchimento do termo do consentimento informado, no qual está descrito o que foi explicado verbalmente aos participantes (ver Anexo VI). Desde logo, mostrou-se disponibilidade para o esclarecimento de qualquer dúvida e para a posterior devolução dos resultados obtidos.

Depois de comprovada a participação intencional no estudo, eram administrados os seguintes instrumentos, pela ordem descrita: Questionário sócio-demográfico, Entrevista semi-estruturada, SADD, RCQ e BSI.

A administração dos instrumentos foi individual, ocorreu no gabinete do psicólogo membro da equipa multidisciplinar responsável pelo acompanhamento do utente e teve a duração máxima de 40 minutos. No caso de se verificar que o utente estava significativamente cansado ou na eventualidade de ser necessário terminar a consulta por motivos de horário, o instrumento BSI era administrado na sessão seguinte. A recolha de dados ocorreu de Janeiro a Junho de 2009.

Todos os questionários foram preenchidos pelos inquiridos, com excepção dos utentes analfabetos ou que apresentavam dificuldades acentuadas na escrita (tremura digital significativa), nestes casos o preenchimento era realizado pelo investigador.

Os resultados das provas foram devolvidos sempre que solicitados pelos utentes e quando este procedimento se revelava importante para o desenvolvimento da intervenção terapêutica.

4.3.1. Metodologia

A presente investigação segue um desenho exploratório descritivo, recorrendo a uma metodologia qualitativa baseada na entrevista semi-estruturada e conjugando com uma componente de índole quantitativa, sustentada pelas provas administradas.

A metodologia adoptada é de índole mista com o intuito de que a relação entre o quantitativo e o qualitativo seja complementar. Segundo Bogdan e Biklen (1984) a complementaridade entre abordagens é até desejável, na medida em que torna possível, por exemplo, utilizar a estatística descritiva e conjuntamente apresentar a interpretação de dados qualitativos. A esse tipo de opção costuma denominar-se por triangulação metodológica e traduz a relação entre métodos adoptada neste estudo.

No domínio da análise qualitativa, para trabalhar dados não estruturados tendo como objectivo descrever fenómenos e comportamentos, foi utilizada a estratégia não apriorística de análise de conteúdo, ou estratégia dedutiva, que consiste em estabelecer categorias através da informação recolhida com o intuito de analisar a sua frequência e relevância (Martins & Theóphilo, 2007).

Na análise de conteúdo as categorias podem ser definidas *a priori* ou *a posteriori*, tendo sido considerada neste trabalho a segunda opção. Desta forma, a análise categorial surge como uma das técnicas mais antigas e mais utilizadas, funcionando “por desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (Bardin, 1977, p. 153).

Assim, categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos em razão de várias características comuns. Para construir categorias podem existir vários critérios, nomeadamente semânticos, sintácticos, lexicais ou expressivos. O critério adoptado nesta pesquisa foi o semântico, de categorias temáticas (Bardin, 1977).

No domínio da análise quantitativa, para a operacionalização das variáveis estudadas, recorreu-se ao *Software* de manipulação, análise e apresentação de resultados da análise de dados, de utilização predominante nas Ciências Sociais e Humanas, o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17.0).

Foram obtidas medidas de tendência central, que procuram caracterizar o valor das variáveis em estudo que ocorriam com maior frequência, bem como o Teste do Qui-Quadrado, que serve para testar se dois ou mais grupos independentes diferem relativamente a uma determinada característica ($p \leq 0,05$) (Maroco, 2007). Como tal, esta prova sustenta a caracterização da amostra quanto a diferenças de sexo.

Capítulo V – Análise e Discussão dos Resultados

5.1. Abordagem Quantitativa

Como já foi mencionado, para o presente trabalho foi adoptada uma metodologia de índole mista, e a análise estatística foi suportada pelo software de tipo aplicativo científico, *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão17.0).

5.1.1. Caracterização dos percursos individuais e do consumo

Sendo um dos objectivos da presente investigação, a caracterização dos percursos individuais até ao momento do pedido de ajuda, torna-se relevante conhecer a amostra em estudo, no que respeita à frequência de tratamento anteriores para a dependência de álcool. Assim, verificou-se que 20 indivíduos (38,5%) já tinham realizado tratamentos anteriores para o problema de dependência, sendo que 6 (11,5 %) frequentaram mais que um tratamento (entre dois a quatro).

No âmbito da caracterização da história de consumo de álcool, é possível referir que a idade média da primeira experiência com bebidas alcoólicas é de 13 anos (dp= 4,4 min=4 e max=23), sendo a idade média de início do consumo regular correspondente a 17 anos (dp= 6,7 min=5 e max=36) e a idade média de início do consumo excessivo correspondente a 26 anos (dp= 9,3 min=12 e max=47). A duração média do consumo excessivo é equivalente a 18 anos (dp= 11,5 min=1 e max=40).

Relativamente ao consumo excessivo de álcool, os participantes identificaram vários motivos que foram agrupados em seis categorias: 22 sujeitos na categoria “Acompanhado” (42,3%) que se refere ao contexto social e familiar; 16 sujeitos na categoria “Sofrimento emocional” (30,8%) que engloba os motivos, fim de relacionamento amoroso, morte de pessoas significativas, ser vítima de maus-tratos, tristeza e solidão; 6 sujeitos na categoria “Estratégia de *coping*” (11,5%) que se refere ao consumo de álcool como estratégia para lidar com o desemprego, a invalidez, ciúme, problemas económicos e acidentes; 3 sujeitos na categoria “Gostar de consumir” (5,8%) apenas referida pelo sexo feminino; 2 sujeitos na categoria “Falta de auto-controlo” (6,7%) apenas referida pelo sexo masculino e por fim, a categoria “Refeições” mencionada unicamente por um sujeito (1,9%) (ver Tabela 6).

Tabela 6

Motivo do Consumo Excessivo

Motivo	Masculino			Feminino			Total	
	F esperada	F observada	%	F esperada	F observada	%	F	%
Acompanhado	13.8	15	50.0	10.2	9	40.9	22	42.3
Sofrimento emocional	9.2	7	23.3	6.8	9	40.9	16	30.8
Estratégia de <i>coping</i>	3.5	5	16.7	2.5	1	4.5	6	11.5
Gostar de consumir	1.7	0	0.0	1.3	3	13.6	3	5.8
Falta de auto-controlo	1.2	2	6.7	0.8	0	0.0	2	3.8
Refeições	0.6	1	3.3	0.4	0	0.0	1	1.9

É de salientar que os motivos integrados na categoria “Acompanhado” foram mencionados por metade dos elementos do sexo masculino (50%). No sexo feminino, as categorias “Acompanhado” e “Sofrimento emocional” apresentaram a mesma frequência (40,9%). Contudo, não se verificam diferenças significativas entre os sexos ($\chi^2=9,409$; $p=0,094$).

De acordo com Mourad e Lejoyeux (1997), a dimensão negativa dos símbolos culturais inerentes ao beber feminino parecem, em parte, explicar a escassez de entretenimento das mulheres no consumo de álcool. Neste sentido, é interessante verificar a discrepância vivencial das duas categorias com maior frequência no sexo feminino, com isto, o “sofrimento emocional” dificilmente levará a um consumo “acompanhado”, a tendência será para ocorrer um consumo de tipo solitário. No entanto, uma situação não invalida a outra e as duas realidades espelham a diversidade existente no sexo feminino.

Relativamente ao contexto do consumo excessivo, existem dois contextos claramente discrepantes e que se evidenciam na amostra em estudo: 22 indivíduos referiram o contexto social (42,3%) e 18 mencionaram consumir sozinhos (34,6%). Verificam-se algumas diferenças de sexo neste domínio, embora estatisticamente não significativas ($\chi^2=6,726$; $p=0,151$). Nomeadamente, para o sexo masculino o contexto social é o mais frequente (50%), seguindo-se o beber sozinho (23,3%). Já no sexo feminino, o beber sozinho é a situação mais comum (50%) seguida pelo contexto social (31,8%) (ver Tabela 7).

Tabela 7

Contexto do Consumo Excessivo

Contexto	Masculino			Feminino			Total	
	F esperada	F observada	%	F esperada	F observada	%	F	%
Familiar	1.7	1	3.3	1.3	2	9.1	3	5.8
Social	12.7	15	50.0	9.3	7	31.8	22	42.3
Laboral	3.5	4	13.3	2.5	2	9.1	6	11.5
Militar	1.7	3	10.0	1.3	0	0.0	3	5.8
Sozinho	10.4	7	23.3	7.6	11	50.0	18	34.6

A preferência pelo contexto, inversa entre os sexos, poderá estar relacionada com a conotação social que o beber no feminino ainda possui, bem como com os

motivos pelos quais os diferentes sexos consomem em excesso. Na mulher o consumo excessivo é tradicionalmente realizado com menor convívio e mais culpabilizado, o acto de beber é geralmente solitário e visa o efeito euforizante ou ansiolítico (Costa & Teixeira, 2005).

5.1.2. Resultados obtidos nos instrumentos administrados (SADD e BSI)

Os resultados obtidos permitem mencionar que 28 indivíduos apresentam dependência grave (53,8%), 20 dependência moderada (38,5%) e 4 dependência leve (7,7%). Neste domínio verificam-se algumas diferenças entre os sexos, que embora não sejam significativas estavam muito próximo de o ser ($\chi^2=5,470$; $p=0,065$). Ainda que as frequências esperadas traçassem uma panorâmica diferente, no sexo feminino existe maior prevalência de dependência grave, 16 sujeitos (72,2%), sendo que no sexo masculino, metade da amostra (15 indivíduos) apresenta dependência moderada (ver Tabela 8).

Tabela 8

SADD – Short-form Alcohol Dependence Data

SADD	Masculino			Feminino			Total	
	F esperada	F observada	%	F esperada	F observada	%	F	%
Dependência Leve	2.3	3	10.0	1.7	1	4.5	4	7.7
Dependência Moderada	11.5	15	50.0	8.5	5	22.7	20	38.5
Dependência Grave	16.2	12	40.0	11.8	16	72.7	28	53.8

Estes resultados devem ser enquadrados na percepção social do alcoolismo feminino, ou seja, em comparação ao homem, a mulher é considerada mais imoral e com um comportamento totalmente incorrecto e condenável. Como tal, a mulher sofre bastante com a estigmatização e acaba por procurar tratamento com menor frequência, o que a longo prazo acarreta consequências mais adversas (Nóbrega & Oliveira, 2005), como consequências orgânicas mais graves e níveis superiores de severidade de dependência, aquando da entrada para tratamento.

Quanto à presença de perturbação emocional avaliada pelo instrumento BSI, concluiu-se que 45 indivíduos (86,5%) não apresentam qualquer tipo de perturbação. No entanto, 7 participantes (2 homens e 5 mulheres), uma percentagem muito pequena da amostra (13,5%), obtiveram pontuações que indicam presença de perturbação emocional. O sofrimento a nível psicológico foi encontrado nas dimensões: somatização (4 participantes), obsessões compulsões (7), sensibilidade interpessoal (5), depressão (5), ansiedade (5), hostilidade (4), ansiedade fóbica (4), ideação paranóide (7) e psicotismo (4).

5.1.3. Presença de apoio para o tratamento

Com o intuito de aceder à percepção que os sujeitos têm relativamente à sensação de apoio para e no tratamento, foi-lhes questionado directamente como se posicionavam nesta questão, e a realidade obtida é de 49 sujeitos (94,2%) a afirmarem sentirem-se apoiados nesta fase. Desta forma, torna-se relevante perceber quem são os elementos considerados como figuras de apoio, tendo a família sido referida por 39 sujeitos (75%). Neste domínio, não se verificaram diferenças significativas entre os sexos ($\chi^2=1,991$; $p=0,737$) (ver Tabela 9).

Tabela 9

Elementos considerados como um apoio para o tratamento

Elementos	Masculino			Feminino			Total	
	F esperada	F observada	%	F esperada	F observada	%	F	%
Família	22.5	22	73.3	16.5	17	77.3	39	75.0
Nenhum	1.7	1	3.3	1.3	2	9.1	3	5.8
Amigos	2.3	3	10	1.7	1	4.5	4	7.7
Companheiro(a)	2.9	3	10	2.1	2	9.1	5	9.6
Patrões	0.6	1	3.3	0.4	0	0.0	1	1.9

5.1.4. Motivação para o tratamento

De seguida serão apresentados os resultados obtidos na exploração do segundo objectivo da investigação, que consiste na avaliação do estágio de motivação aquando da entrada para o tratamento.

Neste sentido, foi realizado um levantamento dos principais motivos que conduziram os participantes a procurar tratamento. A recolha dos motivos foi enquadrada no contacto em consulta individual com o utente, na relação interpessoal estabelecida e no discurso realizado pelos sujeitos, o que desta forma permitiu que posteriormente fossem inseridos numa das sete categorias presentes no guião da entrevista (categorias/motivo: pessoal, familiar, profissional, de saúde, social, financeiro, jurídico, acidente de viação e outros) e que foram constituídas com base na folha de triagem da Unidade de Alcoologia.

Neste âmbito salientaram-se os seguintes motivos: pessoais (20 sujeitos) 38,5%, de saúde (16 sujeitos) 30,8% e familiares (12 sujeitos), 23,1% (ver Tabela 10).

Tabela 10

Motivo para procurar tratamento

Motivo	Masculino			Feminino			Total	
	F esperada	F observada	%	F esperada	F observada	%	F	%
Pessoal	11.5	11	36.7	8.5	9	40.9	20	38.5
Familiar	6.9	6	20.0	5.1	6	27.3	12	23.1
Profissional	0.6	0	0.0	0.4	1	4.5	1	1.9
Saúde	9.2	11	36.7	6.8	5	22.7	16	30.8
Social	0.6	1	3.3	0.4	0	0.0	1	1.9
Outro	1.2	1	3.3	0.8	1	4.5	2	3.8

É possível identificar algumas diferenças entre os sexos ($\chi^2=3,297$; $p=0,654$), contudo estas não são estatisticamente significativas. No sexo masculino, o motivo pessoal e de saúde estão no mesmo nível de frequência (11 sujeitos, 36,7%), seguidos

pelo motivo familiar (6 sujeitos, 20%). No sexo feminino, o motivo pessoal é também o mais mencionado (9 sujeitos, 27,3%), seguido pelo motivo familiar (6, 27,3%) e só depois pelo motivo saúde (5, 22,7%). É interessante verificar que os três principais motivos são iguais tanto para os homens como para as mulheres, no entanto a importância atribuída varia em função do sexo (ver Tabela 10).

A forma como os indivíduos se percebem repercute-se naturalmente nas suas crenças e comportamentos, como tal tem influência directa no seu envolvimento com o tratamento. Com o intuito de clarificar a natureza do compromisso com o tratamento e através dos seguintes critérios: motivo para procurar tratamento, locus de controlo e envolvimento com o tratamento, cada um dos participantes foi inserido numa de duas categorias – motivação intrínseca ou motivação extrínseca.

Assim, no que respeita à motivação para procurar tratamento, foi possível concluir que mais de metade da amostra, 30 sujeitos (57,7%) apresentavam motivação intrínseca e que 22 (42,3%) apresentavam motivação extrínseca. Quanto ao género, é possível mencionar que não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,031$; $p=0,861$) e que tanto no sexo masculino (17 indivíduos, 56,7%) como no feminino (13 indivíduos, 59,1%) a motivação intrínseca para a procura de tratamento foi prevalecte (ver Tabela 11 e Quadro 1). Estes resultados traduzem um bom prognóstico, embora a motivação seja dinâmica e por isso mesmo sujeita a flutuações.

Tabela 11

Motivação para procurar tratamento

Motivação	Masculino			Feminino			Total	
	F esperada	F observada	%	F esperada	F observada	%	F	%
Intrínseca	17.3	17	56.7	12.7	13	59.1	30	57.7
Extrínseca	12.7	13	43.3	9.3	9	40.9	22	42.3

Quadro 1

Motivações para procurar tratamento

Motivação Intrínseca	Motivação Extrínseca
“Pedi ajuda porque quero sair desta vida do álcool.” (Participante 35, sexo masculino, 49 anos)	Segurança Social: “Por causa da assistente social.” (Participante 19, sexo masculino, 33 anos)
“Porque eu acho que também mereço uma oportunidade.” (Participantes 26, sexo feminino, 32 anos)	“A assistência social tirou-me o miúdo.” (Participante 43, sexo feminino, 33 anos)
“Tinha falta de auto-controlo e pedi à minha médica para me tratar, também pelos resultados dos exames de saúde.” (Participante 4, sexo masculino, 40 anos)	Familiar: “O meu marido e o meu filho não tinha uma vida fácil comigo.” (Participante 47, sexo feminino, 43 anos)
“Sentia-me mal e tremia, pedi-lhe por tudo para me internar.” (Participante 49, sexo feminino, 60 anos)	“Para ter melhor relacionamento com a esposa.” (Participante 37, sexo masculino, 59 anos)
“Foi uma iniciativa minha.” (Participante 11, sexo feminino, 37 anos)	“Por causa da minha filha.” (Participante 8, sexo masculino, 38 anos)
“Eu quero ver se deixo de beber.” (Participante 1, sexo masculino, 46 anos)	“Eles iam-me trazer na mesma (família).” (Participante 10, sexo masculino, 49 anos)
“O tratamento só me vai fazer bem, sentia que estava a necessitar, o coração começava-me logo a doer.” (Participante 11, sexo feminino, 37 anos)	Autoridade médica: “Acho que não tenho problema nenhum com o álcool, só vim por causa do médico e dos meus filhos.” (Participante 33, sexo masculino, 48 anos)
“Ganhei consciência do excesso de consumo.” (Participante 36, sexo masculino, 40 anos)	“Porque o médico de família mandou.” (Participante 17, sexo masculino, 62 anos)
“Fui eu que pedi ao médico de família, vi a coisa mal parada (...) espero que corra tudo bem, quero parar de beber.” (Participante 12, sexo masculino, 41 anos)	Manter abrigo: “Tenho medo de vir cá para fora outra vez (de ser expulso do lar de acolhimento).” (Participante 18, sexo masculino, 46 anos)
“Tinha que mudar a minha vida, queria acabar com isto.” (Participante 35, sexo masculino, 49 anos)	Sanções legais: “Fiquei sem carta de condução.” (Participante 6, sexo masculino, 23 anos)
“Já achava que era de mais beber tanto.” (Participante 22, sexo feminino, 32 anos)	Manter emprego: “Posso perder o emprego.” (Participante 51, sexo feminino, 46 anos)
“Estou cansada de mim, de viver e da vida de casa. Vim por mim, mas também pelos meus filhos e pelo meu marido.” (Participante 21, sexo feminino, 49 anos)	Interpessoal: “Quero arranjar uma companheira.” (Participante 9, sexo masculino, 37 anos)

O *Quadro das Motivações para procurar tratamento* (Quadro 1) ilustra de certa forma, o modo como os participantes foram inseridos numa das duas categorias possíveis. Permite também aceder directamente ao discurso dos indivíduos e espelha a riqueza subjectiva da amostra em estudo. Assim, os indivíduos ou se percebem como inteiramente responsáveis pelas escolhas que efectuam (motivação intrínseca), ou se percebem como sendo influenciados por factores externos, como a segurança social e as sanções legais, por exemplo (motivação extrínseca). Neste sentido, a forma como os indivíduos se percebem na realidade, situa-os exclusivamente numa das duas categorias.

Sendo que a mudança ocorre ao longo do tempo em diferentes estágios, o panorama de disposição para a mudança na presente amostra, traduz-se por mais de metade dos participantes (32 indivíduos, 61,5%) no estágio de Acção e 10 (19,2%) tanto no estágio de Pré-Reflexão, bem como no de Reflexão. Quanto ao género, no sexo masculino, 18 indivíduos (60%) situam-se no estágio de Acção e 6 (20%) nos estágios de Pré-Reflexão e Reflexão respectivamente. No sexo feminino, não há alterações em termos de disposição para a mudança, sendo o estágio de Acção o mais frequente (14 indivíduos, 63,6%), com 4 indivíduos (18,2%) nos estágios de Pré-Reflexão e Reflexão respectivamente (ver Tabela 12). Contudo, as diferenças entre sexos anteriormente descritas não são estatisticamente significativas ($\chi^2=0,071$; $p=0,965$).

Tabela 12

Estágios Motivacionais – Predisposição para a mudança (RCQ)

Estágios Motivacionais	Masculino			Feminino			Total	
	F esperada	F observada	%	F esperada	F observada	%	F	%
Pré-Reflexão	5.8	6	20	4.2	4	18.2	10	19.2
Reflexão	5.8	6	20	4.2	4	18.2	10	19.2
Acção	18.5	18	60	13.5	14	63.6	32	61.5

Constata-se que na presente amostra, tanto os indivíduos do sexo masculino como os do sexo feminino, se situam maioritariamente no estágio de Acção, o que a nível terapêutico possui um significado muito positivo. Na medida em que, apesar do

estágio de Acção ser um período de trabalho contínuo e que exige a disponibilização de bastante energia, já se verifica um reconhecimento do problema por parte dos indivíduos e necessariamente já se verificam mudanças a nível comportamental e ambiental. Contudo, é uma fase tão exigente como as outras e reconhecendo que o processo de mudança funciona em espiral, a passagem para o estágio de Manutenção ou para qualquer outro estágio anterior, é uma realidade que se poderá verificar, o que pressupõe um acompanhamento próximo dos utentes ao longo de todo o tratamento.

5.1.5. Diferenças de Sexo

A caracterização da amostra quanto a diferenças de sexo, é último grande objectivo da presente investigação e embora ao longo deste estudo já tenham sido feitas várias referências conclusivas a este nível, a investigação das diferenças de sexo foi realizada com suporte estatístico nas seguintes variáveis: motivo ($\chi^2=9,409$; $p=0,094$) e contexto do consumo excessivo ($\chi^2=6,276$; $p=0,151$), motivo ($\chi^2=3,297$; $p=0,654$) e motivação para procurar tratamento ($\chi^2=0,031$; $p=0,861$), severidade da dependência alcoólica ($\chi^2=5,470$; $p=0,065$), estágio de motivação ($\chi^2=0,071$; $p=0,965$), presença de perturbação emocional ($\chi^2=2,810$ e $p=0,094$) e elementos de apoio para o tratamento ($\chi^2=1,991$ e $p=0,737$). Para o efeito, foi realizado o Teste Qui-Quadrado.

Neste sentido, verificou-se para todas as variáveis acima mencionadas, que a prova estatística não era significativa ($p > 0,05$) e que como tal, não existe associação entre as variáveis e o sexo. Esta situação permite reflectir sobre o facto da amostra em estudo ser relativamente reduzida e o número de participantes do sexo masculino ser superior ao sexo feminino, o que de certo modo se reflecte na não significância das provas estatísticas. Embora as diferenças obtidas não sejam estatisticamente significativas, isto não invalida o facto de serem relevantes, torna-se necessário compreender que homens e mulheres diferem nos seus percursos individuais relacionados com o álcool e no processo de procura de tratamento, todavia o tamanho da presente amostra não permitiu ilustrar esta realidade de forma significativa.

5.2. Abordagem Qualitativa

A pesquisa de índole qualitativa assenta no pressuposto de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como

ela é, definida pelos seus próprios autores (Polit & Hungler, 1995). Neste sentido, Berelson (1954, p.19) defende que a análise de conteúdo “é uma técnica de investigação que visa a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”.

5.2.1. Consequências do Consumo de Álcool

Na totalidade foram mencionadas pelos sujeitos 62 consequências diferentes para o consumo de álcool. Com o intuito de estruturar a informação recolhida e de modo a facilitar a sua compreensão, procedeu-se à constituição de categorias. Para o efeito, as consequências nomeadas pela amostra foram agrupadas através do critério semântico, de categorias temáticas (Bardin, 1977).

Foram construídas sete categorias distintas: saúde física (F=37, 71,2%) e saúde mental (F=37, 71,2%), consequências sociais (F=7, 13,7%), jurídicas (4, 7,7%), familiares (F=17, 31,8%), profissionais (F=10, 19,2%) e económicas (F=8, 15,4%). São categorias que abrangem de forma bastante completa as diferentes áreas de vida dos sujeitos e que têm implicação directa na sua qualidade de vida (ver Quadro 2).

A exploração de informação deste carácter permite uma maior e mais profunda compreensão da percepção que os sujeitos têm em relação ao seu próprio comportamento, fenómeno que por sua vez vai promover a realização de intervenções mais focalizadas e direccionadas à realidade subjectiva dos sujeitos, facilitando assim o seu acompanhamento no que respeita à evolução da predisposição para a mudança, ao longo do ciclo terapêutico.

Quadro 2

Consequências do Consumo de Álcool

Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
Saúde Física (F=23, 76,7%):	Saúde Física (F=14, 63,6%):	(F= 37, 71,2%)
Dor física	Problemas de saúde	
Síndrome de Abstinência	Síndrome de Abstinência*	
Possibilidade de morrer	Doença hepática	
Diminuição do peso corporal	Diminuição do peso corporal*	
Diminuição do apetite	Diminuição do apetite*	
Crises convulsivas	Envelhecimento precoce	
Necessidade procurar tratamento	Tremores	
Saúde Mental (F=15, 50%):	Saúde Mental (F=22, 100%):	(F=37, 71,2%)
Ansiedade	Desorientação	
Irritabilidade	Irritabilidade*	
Alucinações	Tentativas de suicídio	
Humor deprimido	Tristeza*	
Sofrimento	Discurso repetitivo	
Diminuição da auto-estima	Alterações do sistema nervoso	
Alterações do comportamento	Descuido com a aparência pessoal	
Comportamento agressivo	Descuido nas lides domésticas	
Falta de auto-controlo	Falta de auto-controlo*	
Desmotivação	Desmotivação*	
Relativização de outros problemas e outras áreas de vida	Craving como organizador da própria vida	
Problemas psicológicos	Problemas psicológicos*	
Problemas de memória	Problemas de memória*	
Sociais (F=3, 10%):	Sociais (F=4, 18,2%):	(F=7, 13,7%)
Perda de amigos	Isolamento social	
Diminuição do tempo dispendido em actividades úteis ou prazerosas	Percepção negativa dos outros	
Acidentes não especificados	Significativos	
	Conflitos	
Jurídicas (F=3, 10%):	Jurídicas (F=1, 4,5%):	(F=4, 7,7%)
Acidentes de viação	Os filhos poderem ser retirados pela	
Apreensão da carta de condução	Segurança Social	
Delitos		
Familiares (F=10, 33,3%):	Familiares (F=7, 31,8%):	(F=17, 32,7%)
Afastamento da família	Afastamento da família*	
Discussões sem motivo aparente	Discussões*	
Profissionais (F=3, 10%):	Profissionais (F=7, 31,8%):	(F=10, 19,2%)
Absentismo	Absentismo*	
Absentismo escolar	Problemas não especificados	
Económicos (F=7, 23,3%):	Económicos (F=1, 4,5%):	(F=8, 15,4%)
	Hipotecar a casa	

As consequências mencionadas relativas à área da saúde foram as mais frequentes a nível global. Situando-se a saúde física e mental no mesmo patamar, sendo ambas as categorias muito amplas e diversificadas no seu conteúdo.

“Sentia-me muito mal e também tinha daquelas crises (convulsivas).”

(Participante 37, sexo masculino, 59 anos)

“Ardia-me muito o estômago e dava-me vômitos.”

(Participante 21, sexo feminino, 49 anos)

Estas afirmações traduzem a percepção da gravidade do problema através da presença de sintomatologia, o que está associado positivamente com a procura de tratamento. Fontanella et al., (2008) vêm corroborar esta afirmação ao referir que indivíduos dependentes de substâncias geralmente identificam em primeiro lugar um conjunto de sintomas antes de procurarem ajuda especializada.

Ainda neste domínio, verificou-se que os homens valorizam muito mais a saúde física (F=23, 76,7%) em comparação com a saúde mental (F=15, 50%), sendo que nas mulheres se verifica o fenómeno inverso, a saúde mental (F=22, 100%) é significativamente mais valorizada, tendo sido referida por todos os elementos do sexo feminino.

Neste sentido, no que respeita à saúde mental, alguns autores defendem que até certo nível o stress emocional é necessário para que o processo de mudança possa ocorrer, ou seja, seria tanto maior a predisposição para a mudança quanto mais diversificado fosse o nível de consequências negativas significativas sofrido (Field et al., 2007).

“Perdi tudo, uma razão de vida, razão de ser, razão de aprendizagem (...).”

(Participante 28, sexo masculino, 44 anos)

No discurso do participante 28 é possível identificar um elevado nível de sofrimento emocional, *“Perdi tudo, uma razão de vida (...)”*, o utente menciona que as consequências do consumo foram prejudiciais ao ponto da sua vontade de viver ficar ameaçada, facilmente se compreende o stress emocional envolvente. A situação do

utente chegou à insustentabilidade e neste sentido, a crise conduziu à mudança que culminou na procura do tratamento.

A nível familiar as temáticas mais salientes dizem respeito ao afastamento da família em relação ao sujeito e à existência de discussões constantes que muitas vezes caracterizam a dinâmica destas famílias, o que se torna visível nos seguintes registos,

“Familiarmente perdi muita coisa, apontavam-me sempre o dedo.”

(Participante 2, sexo masculino, 48 anos)

“Perdi muita coisa, chatices em casa que podia ter evitado e ouvi muitas coisas que não gostava (...).”

(Participante 13, sexo masculino, 50 anos)

São afirmações que reflectem uma dinâmica familiar marcada pelo conflito, pela desconfiança e insegurança e de certo modo, também pelo julgamento, patente no discurso do sujeito ao mencionar: *“(...) apontavam-me sempre o dedo.”*

“(...) para além do dinheiro que se gasta.”

(Participante 13, sexo masculino, 50 anos)

Este excerto traduz o potencial danoso que as consequências a nível monetário possuem e que é equivalente aos das restantes categorias, apesar de neste estudo a categoria em causa não ter sido referida com frequência. Todavia, as consequências a nível monetário têm capacidade para se disseminar e apresentar repercussões nas diferentes áreas de vida e inclusive envolverem e prejudicarem de forma severa toda a família.

No que respeita às consequências a nível profissional, o absentismo e os problemas no trabalho foram as únicas sequelas referidas pelos sujeitos.

“Tive problemas lá no emprego por causa da bebida... percebi que tinha de parar, e toda a gente me ajudou muito, quando sair daqui está lá o meu lugar na mesma à minha espera.”

(Participante 29, sexo feminino, 39 anos)

Contudo, nem sempre as entidades empregadoras são tão compreensíveis e disponíveis, apesar de que actualmente a tendência verificada reflecte uma maior abertura e inter-ajuda entre as empresas e os seus trabalhadores com problemas ligados ao álcool.

Por fim, as consequências a nível jurídico foram de todas as menos frequentes, apesar de ser uma categoria com capacidade para abranger problemáticas diversificadas.

“A assistência social, tiraram-me o filho...nunca pensei que me viessem tirar o miúdo.”

(Participante 43, sexo feminino, 33 anos)

A consequência referida pela participante, apesar de interferir significativamente com a dinâmica familiar, é um acontecimento suportado previamente por uma decisão de uma entidade jurídica e como tal, faz mais sentido estar presente nesta categoria.

Este panorama fornece uma ideia de como será a realidade destes sujeitos, quais as suas prioridades e preocupações.

Informação deste tipo permite obter dados muito relevantes no que respeita à adequação das formas de abordagem dos sujeitos em contexto de consulta, ou seja, oferece dados importantes sobre como contactar e chegar aos utentes pelo caminho que para eles faz mais sentido e que como tal, potencia a probabilidade de se verificar uma maior receptividade e envolvimento, facilitando e promovendo o acesso ao tratamento e consequentemente a intervenção.

Uma explicação possível para o facto de ambos os sexos terem nomeado algumas consequências do consumo em comum, nos domínios da saúde física, da saúde mental, familiar e profissional, é porque provavelmente essas consequências possuem maior visibilidade e reconhecimento tanto cultural como social. Desta forma, podem revelar-se uma ferramenta interessante e até poderosa na intervenção com aqueles sujeitos que apresentam alguma dificuldade em contemplar o seu problema de dependência. O reconhecimento destas consequências pode ser promotor de insight e consequentemente facilitar a intervenção terapêutica.

Neste sentido, o balanceamento das consequências do consumo em contraposição às vantagens do mesmo, em sujeitos com alguma capacidade de insight, geralmente conduz a um certo nível de reconhecimento do problema e conseqüentemente aumenta predisposição para a mudança, o que em última instância leva os sujeitos a optarem abstinência, como espelham os seguintes excertos,

“Era chato, agora tenho noção de que era muito chato para as outras pessoas...está a ver...e mastigava as palavras, repetia-me muitas vezes, é normal que ninguém queira aturar isto.”

(Participante 5, sexo masculino, 40 anos)

“Tinha que mudar a minha vida, queria acabar com isto.”

(Participante 35, sexo masculino, 49 anos)

A mudança de comportamento só irá ocorrer com manutenção a longo prazo, se previamente existir uma compreensão do porquê dessa mesma mudança e se esta for reconhecida com sendo uma opção da sua responsabilidade, ou seja, não como sendo uma imposição de elementos exteriores ao sujeito.

Estas condições devem ser trabalhadas ao longo das diferentes fases de tratamento, na medida em que é reconhecida a ideia de que a motivação não é estática, é dinâmica e sujeita a flutuações, logo é necessário realizar um acompanhamento constante e próximo dos sujeitos.

5.2.2. Factores Dificultadores para procurar Tratamento

É necessário adoptar uma perspectiva inteiramente realista quando o objectivo é reduzir obstáculos de forma a potenciar a acessibilidade ao tratamento, ou seja, é fundamental ter em conta que existem factores cuja modificação não é da competência do técnico de saúde, ou simplesmente estão fora do seu alcance. Como por exemplo, gostar de bebidas alcoólicas e apresentar história de internamentos anteriores, entres outros, são factores que dificilmente poderão ser contornados ou eliminados do processo de procura de tratamento, porque constituem o *background* do utente e situam-se fora do campo de intervenção do técnico. No entanto, a recolha deste tipo de

informação permite obter dados importantes para a potencialização das intervenções terapêuticas.

Desta forma, depois de recolhidos os factores dificultadores para procurar tratamento, procedeu-se à sua organização em categorias. Recorreu-se igualmente ao critério semântico, o que originou quatro grupos diferentes de factores: os relacionados com a substância (F=14, 27%), insight/qualidade da informação e crenças (F=14, 27%), sentimentos (F=14, 27%), e situações/contextos (F=8, 15,4%) (ver Quadro 3).

A categoria de factores dificultadores relacionados com a substância diz respeito à presença de elementos de egossintonia com a substância, aos efeitos do consumo, bem como à história do consumo.

A categoria insight/qualidade da informação e crenças é talvez a mais abrangente e diversificada das categorias estabelecidas. Engloba falsas crenças e mitos sobre o consumo de álcool e neste âmbito surge também a qualidade da informação, porque muitas vezes torna-se difícil destrinçar o que é uma falsa crença e o que é resultado da obtenção de informação de fraca qualidade ou da total ausência de informação. Dados relativos ao nível de insight dos sujeitos em relação ao comportamento problema, também são inseridos neste grupo.

Uma outra categoria denomina-se por sentimentos e abrange não só sentimentos como também expectativas. A designação do grupo por sentimentos não é ocasional, sendo que a diferença em relação às emoções, está no facto dos sentimentos serem prolongados no tempo.

Por fim, a categoria situações e contextos engloba aquilo que a sua designação abrange, na medida em que situação remete para um estado actual e contexto remete para um conjunto de circunstâncias ou situações, daí a presença de ambos numa mesma categoria.

Quadro 3

Factores Dificultadores para procurar Tratamento

Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
<p>Relacionados com a substância (F=6, 20%):</p> <ul style="list-style-type: none"> Presença de Craving Função do álcool na vida do sujeito Estilo de vida inerente ao consumo Não ter sintomatologia física Gostar de bebidas alcoólicas 	<p>Relacionados com a substância (F=8, 36,4%):</p> <ul style="list-style-type: none"> História de internamentos anteriores Gostar dos efeitos da intoxicação* Sintomatologia da síndrome de abstinência Não ter sintomatologia física* Gostar de bebidas alcoólicas* Ser consumidora excessiva há muitos anos 	<p>(F=14, 27%)</p>
<p>Insight/Qualidade da informação/ Crenças (F=11, 36,7%):</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausência de insight sobre o problema de dependência e/ou não reconhecimento do mesmo por terceiros Não verificar implicações noutras áreas de vida para além da saúde Não reconhecer os problemas ligados ao álcool por não realizar consumos diários Não considerar o consumo lesivo Relativizar a gravidade do problema Ter deixado livremente (s/ tratamento) de consumir um tipo de bebida alcoólica Apesar da consciência do problema, adiar a tomada de decisão 	<p>Insight/Qualidade da informação/ Crenças (F=3, 13,6%):</p> <ul style="list-style-type: none"> Relativização da quantidade de álcool consumida 	<p>(F=14, 27%)</p>
<p>Sentimentos (F=4, 13,3%):</p> <ul style="list-style-type: none"> Vergonha “Teimosia” Não gostar de hospitais Expectativas negativas em relação às condições de tratamento 	<p>Sentimentos (F=10, 45,5%):</p> <ul style="list-style-type: none"> Vergonha* Desesperança Depressão (humor negativo) Expectativas negativas em relação às condições de tratamento* Receio de ser necessário tratamento através de internamento* Sentimentos de solidão Não sentir apoio para a mudança de comportamento 	<p>(F=14, 27%)</p>
<p>Situações/ Contextos (F=4, 13,3%):</p> <ul style="list-style-type: none"> Desemprego Pressão social para o consumo Contexto alimentar Contexto de trabalho (Construção Civil) 	<p>Situações/ Contextos (F=4, 18,2%):</p> <ul style="list-style-type: none"> Ser sem abrigo Demora nos serviços de saúde Deixar o acompanhamento médico 	<p>(F=8, 15,4%)</p>

No que concerne à discussão dos resultados, na presente amostra tornou-se visível um fenómeno muito importante, o impacto das expectativas negativas em relação ao tratamento como factor dificultador em ambos os sexos.

“Ui...tinha medo do que me iam obrigar a fazer aqui, sei lá.”

(Participante 38, sexo masculino, 49 anos)

“Não sabia o que esperar!”

(Participante 7, sexo feminino, 32 anos)

Esta situação remete para a necessidade de se desmistificar as especificidades dos diferentes tipos de tratamento, logo num contacto inicial com os utentes. A adopção deste tipo de atitude possivelmente permitirá reduzir a ansiedade inerente ao contacto com a instituição de saúde e esclarecer eventuais dúvidas que os sujeitos possam ter.

Através dos dados recolhidos foi possível aceder também à qualidade de informação que os sujeitos possuem relativamente ao problema de dependência alcoólica, bem como a falsas crenças e mitos que ainda persistem nos dias de hoje.

“Eu sinceramente nunca dei conta, não andava aos esses nem aos tombos, também nunca ninguém desconfiou.”

(Participante 15, sexo masculino, 59 anos)

A confirmar esta realidade, Ismail (2002) menciona que Portugal é um país incondicionalmente permissivo ao consumo de álcool, e a realidade é que a noção correcta do que é beber em excesso, só é um dado adquirido para uma percentagem muito diminuta da população. Tendencialmente só é considerado consumo abusivo de álcool quando o sujeito fica completamente alcoolizado, o que na gíria se reconhecesse como “andar aos esses”.

Neste âmbito, foi possível aceder a algumas crenças e mitos cuja permanência não se deveria justificar no presente século. Como o facto de só ser reconhecida a existência de problemas ligados ao álcool se o consumo for realizado diariamente ou até mesmo, considerar o consumo excessivo como não sendo lesivo.

“Achava que não fazia mal...comia bem na mesma e fazia tudo bem na mesma.”

(Participante 17, sexo masculino, 62 anos)

“Eu pensava que estava bem.”

(Participante 39, sexo masculino, 38 anos)

Nestes excertos transparece a necessidade de se fornecer informação de qualidade e adaptada ao nível de conhecimento dos utentes sobre os mais diversos temas, desde que relevantes para a população em causa. Desta forma, os sujeitos poderão sentir-se como parte integrante do tratamento e usufruir na totalidade do papel activo que lhes está destinado no processo terapêutico.

Este panorama evidencia a necessidade de se continuar a realizar prevenção primária e de se ceder informação que permita a desmistificação destas e de outras crenças que vão protelando o processo de doença. Informação é saúde, é preciso recorrer ao maior número de meios de comunicação possível para que a informação chegue com qualidade, ao maior número de pessoas possível.

Nos dias de hoje, ainda se verifica um desconhecimento muito grande sobre esta patologia que nos acompanha desde a ancestralidade. Um dos factores dificultadores faz referência ao não reconhecimento do problema por terceiros, o que está patente na seguinte afirmação,

“ (...) também nunca ninguém desconfiou.”

(Participante 15, sexo masculino, 59 anos)

Fenómeno que vai no sentido do que tem vindo a ser mencionado, ou seja, que através da maior disponibilização de informação, este é um factor dificultador cuja influência pode pelo menos ser atenuada. Mais produtivo ainda, seria que os sujeitos tivessem acesso à informação através de diferentes meios de comunicação, antes mesmo de precisarem de recorrer às instituições de saúde específicas.

Retomando os factores comuns entre os géneros, o sentimento de vergonha no momento de tomar a decisão de procurar tratamento está claramente inserido no domínio dos factores dificultadores.

O estigma social que envolve a mulher alcoólica é muito superior ao que envolve o homem, por isso muitas vezes a vergonha aparece como um sério obstáculo para um diagnóstico precoce na mulher (Ismail, 2002).

Ainda persiste o pensamento de que é significativamente mais vergonhoso e impróprio, uma mulher estar alcoolizada do que um homem nas mesmas condições. Como tal, os sentimentos de culpa, vergonha e tristeza atingem geralmente maior proporção no sexo feminino (F=10, 45,5%; sexo masculino, F=4, 13,3%). Esta situação está directamente ligada ao peso e influência do legado cultural, no entanto tudo isto pode ser trabalhado em contextos próprios, como o de saúde, de forma a facilitar a procura de tratamento e a potenciar a qualidade das intervenções.

É ponto assente que existe todo um peso cultural inegável a envolver esta patologia, condição que torna fundamental que seja transmitida a ideia de que a dependência alcoólica consiste num problema sério ligado ao álcool e que como tal, os problemas geralmente têm solução desde que a pessoa em causa esteja empenhada em resolvê-lo e tenha ajuda adequada para o efeito. Isto faz do dependente uma pessoa com um problema grave e sério mas, que por ele pode ser resolvido com ajuda. É preciso salientar que a ideia que se pretende transmitir, é que as pessoas não devem ter vergonha de ter um problema, o que não é de todo uma tentativa de desresponsabilização do utente, é pelo contrário uma forma de o responsabilizar pelo tratamento e não pela dependência.

Por fim, no domínio das situações/ contextos, estão incluídos factores como o desemprego, ser sem abrigo, deixar o acompanhamento médico, demora nos serviços de saúde, pressão social para o consumo, contexto alimentar e contexto de trabalho.

“Sabe como é, lá na obra bebe-se sempre nem que seja uma cervejita ao almoço, agora já há mais controlo...eu até parei de beber, mas depois voltei a trabalhar e desgracei-me.”

(Participante 27, sexo masculino, 34 anos)

Os dados obtidos neste domínio não são uma surpresa, na medida em que representam factores críticos muitas vezes ligados a esta patologia e cuja sinalização na presente investigação só vem reforçar uma vez mais, a necessidade de lhes dedicar

atenção. A diminuição significativa do seu impacto só será possível através do trabalho em equipa multidisciplinar.

5.2.3. Factores Facilitadores para procurar Tratamento

A informação recolhida neste domínio não proporcionou a constituição das mesmas categorias encontradas para os factores dificultadores da procura de tratamento, com excepção da categoria factores relacionados com a substância, agora a incidir mais em elementos egodistónicos com a substância e na necessidade de alterar o estilo de vida como resultado de um aumento do insight relativamente ao comportamento problema.

Assim, os dados recolhidos foram estruturados em seis categorias de factores: sociais/familiares (F=27, 52%), saúde física (F=25, 48%), factores relacionados com a substância (F=15, 29%), saúde mental (F=8, 15,4%), problemas com a justiça (F=5, 9,6%) e profissionais (F=4, 7,7%) (ver Quadro 4).

Como as próprias designações o indicam, os domínios da saúde dizem respeito a todas as questões directa e indirectamente relacionadas tanto com a saúde física, como com a saúde mental. Por sua vez, a categoria sociais/familiares engloba a esfera pessoal, social e familiar dos sujeitos e toda a dinâmica que lhes é inerente.

As duas últimas categorias são possivelmente as mais limitativas na medida em que incluem única e exclusivamente aquilo que a sua designação pode abranger, ou seja, problemas com a justiça e problemas ou complicações a nível profissional.

Quadro 4

Factores Facilitadores para procurar Tratamento

Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
Saúde Física (F=19, 63,3%):	Saúde Física (F=6, 27,3%):	(F=25, 48%)
Verificar diminuição do apetite	Deterioração do aspecto físico	
Verificar diminuição de peso	Problemas de saúde	
Síndrome de abstinência	Síndrome de abstinência*	
Verificar problemas de saúde/ feedback dos exames de saúde	Verificar problemas de saúde/ feedback dos exames de saúde*	
Preocupação com as questões de saúde		
Receio de morrer		
Crises Convulsivas	Saúde Mental (F=6, 27,3%):	(F=8, 15,4%)
Encaminhamento pelo médico de família	Percepção de mau estar psicológico (tristeza)	
Saúde Mental (F=2, 6,7%):	Alterações do sono	
Percepção de desmotivação generalizada	Percepção de desmotivação generalizada*	
Perdas de memória	Realizar tentativas de suicídio	
Sociais/ Familiares (F=9, 30%):	Sociais/ Familiares (F=18, 81,8%)	(F=27, 52%)
Deterioração das relações sociais	Problemas a nível social	
Iniciar um relacionamento amoroso	Fim de um relacionamento amoroso	
Problemas familiares	(Ter) Filhos	
Pressão Familiar	Pressão Familiar*	
Apoio familiar /outros significativos	Apoio da família*	
Preservar as relações significativas	Percepção do afastamento de familiares	
Percepção dos outros significativos	Percepção das alterações de comportamento pelos outros significativos*	
Relacionados c/ substância (F=8, 26,7%):	Relacionados c/ substância (F=7, 31,8%):	(F=15, 29%)
Consciência do consumo excessivo	Consciência do consumo excessivo*	
Organização da vida em função do consumo de álcool (perda de autonomia)	Desmotivação com o estado pessoal actual e com o estilo de vida adoptado	
Presença forte de Craving num dia de tentativa de abstinência	Percepção de perda do auto-controlo sobre o consumo	
Vontade de alterar o estilo de vida	Vontade de alterar o estilo de vida*	
Percepção do tratamento como um Compromisso		
Reconhecimento do consumo excessivo por comparação ao consumo de colegas		
Morte de familiar devido a problemas ligados ao álcool		
Problemas com a justiça (F=3, 10%):	Problemas com a justiça (f=2, 9,1%):	(F=5, 9,6%)
Acidentes de viação e consequências	Os filhos serem retirados pela Segurança Social	
Apreensão da carta de condução		
Profissionais (F=2, 6,7%):	Profissionais (F=2, 9,1%):	(F=4, 7,7%)
Possibilidade de após tratamento recuperar o emprego	Problemas a nível laboral	
	Vontade de melhorar o desempenho laboral	

No que respeita ao factores facilitadores da procura de tratamento, com excepção de oito que possuem um carácter positivo, tais como: ter filhos, apoio da família ou de outros significativos, vontade de alterar o estilo de vida, vontade de melhorar o desempenho laboral, encaminhamento feito pelo médico de família, iniciar um relacionamento amoroso, preservar as relações com os outros e possibilidade de recuperar o emprego, todos os outros factores mencionados dizem respeito a experiências de carácter negativo.

Conclui-se desta forma, que na generalidade os factores indicados como sendo facilitadores da procura de tratamento dizem respeito a experiência de carácter negativo, prejudiciais e limitativas para os sujeitos, como espelham os seguintes exemplos:

“Podia perder o meu emprego se continuasse como estava.”

(Participante 51, sexo feminino, 46 anos)

“Nunca tinha vontade de fazer nada e andava sempre em baixo.”

(Participante 42, sexo feminino, 28 anos)

“Sentia-me muito mal e tremia, pedi-lhe por tudo para me internar.”

(Participante 49, sexo feminino, 60 anos)

Estes dados permitem pensar que numa fase inicial, possivelmente seria mais produtivo trabalhar com os utentes aquilo que têm a perder com a manutenção do comportamento problema, na medida em que as consequências negativas são aquelas que têm como certas, ou seja, pensar sobre as vantagens da abstinência é algo mais difícil de antever e possivelmente menos eficaz, porque muitas vezes os sujeitos ainda não as experimentaram, fazendo parte de um universo totalmente desconhecido e por isso mesmo de difícil acesso.

A presente amostra evidenciou que as experiências de vida de carácter negativo possuem um impacto claramente superior às experiências de índole positiva, como facilitadoras da procura de tratamento e como tal, revelam-se também, mais eficazes como propulsoras da mudança de comportamento.

“Quando olhei para trás...vi que tinha mesmo que fazer o tratamento, para a minha família ficar bem.”

(Participante 50, sexo masculino, 45 anos)

Esta situação vem corroborar um dos muitos pressupostos defendidos por Miller (1999), no sentido de que nas alturas críticas os sujeitos estão mais aptos para a mudança, ou seja, quando as desvantagens e consequências de manter o comportamento problema são superiores às vantagens, a predisposição para a mudança é maior. Assim, a crise gera mudança, o que justifica a necessidade de respostas imediatas por parte dos serviços de saúde. É necessário preservar os momentos chave que garantem o sucesso da intervenção, sendo que a demora nos serviços de saúde foi um dos factores referidos como dificultador da procura de tratamento.

Os dados recolhidos permitiram a identificação de algumas diferenças entre os sexos, nomeadamente que as questões ligadas às dimensões afectivas e relacionais foram mais valorizadas pelo sexo feminino (F=18, 81,8%; sexo masculino, F=9, 30%), e as questões ligadas à saúde pelo sexo oposto (F=21, 40,4%; sexo feminino, F=12, 23%), o que é demonstrados nas seguintes afirmações,

“O meu marido e o meu filho não tinha uma vida fácil comigo.”

(Participante 47, sexo feminino, 43 anos)

“Foi o resultado dos exames que estavam muito mal e fiquei com medo... o médico de família também disse que o melhor era vir para aqui por causa da minha saúde e eu vim claro.”

(Participante 23, sexo masculino, 41 anos)

Estes dados podem revelar grande utilidade na selecção e adaptação de estratégias de intervenção de acordo com o género e, com o objectivo de ir ao encontro daquilo que faz mais sentido para o utente, promovendo simultaneamente a qualidade da intervenção.

A mesma dinâmica se aplica para a prevenção primária, ao ir ao encontro daquilo que constituem as maiores preocupações ou interesses dos sujeitos, maior é a

probabilidade de captar a sua atenção e conseqüentemente de obter resultados positivos. Se o técnico de saúde tiver conhecimento e reconhecer as diferenças entre os sexos, pode sempre usá-las a seu favor como forma de promover a eficácia das intervenções.

Ainda no âmbito das diferenças entre os sexos e mais propriamente no domínio das relações e dos afectos, foi possível aceder a dados muito interessantes. Com isto, na presente amostra, para o sexo masculino o início de um relacionamento amoroso foi considerado um factor facilitador para a procura de tratamento, no entanto, para o sexo feminino, o fim de um relacionamento amoroso revelou ter o mesmo efeito que o inverso, para o sexo oposto.

Neste sentido, Ismail (2002) salienta o facto de ser frequente por parte da mulher alcoólica, a escolha de um parceiro disfuncional, verificando-se uma proporção elevada de companheiros alcoólicos que de forma alguma irão promover a recuperação das mulheres. Esta perspectiva poderá explicar os dados obtidos na presente investigação, sendo o término da relação a saída para uma vida diferente, na qual à espaço para a recuperação.

Para muitas mulheres a recuperação do alcoolismo pode depender do término de relacionamentos, muitas vezes marcados pelo abuso físico e conflitos interpessoais destrutivos (Skutle, 1999).

Passando agora aos factores comuns entre os sexos, é possível destacar dois, que acabam por estar interligados e que consistem no feedback dos exames de saúde e na consciência do consumo excessivo.

“Foi o resultado dos exames que estavam muito mal e fiquei com medo (...)”

(Participante 23, sexo masculino, 41 anos)

“Já achava que era de mais beber tanto.”

(Participante 22, sexo feminino, 32 anos).

Este resultado vem reforçar mais uma vez a importância de fornecer um feedback específico e personalizado aos utentes. Este factor pode ser percebido como um experiência de carácter negativo devido à carga emocional que lhe é inerente, por

ser uma experiência promotora de insight e induzir o reconhecimento do problema, contudo é um importante factor facilitador da procura de tratamento que deve ser sempre valorizado.

Não devem existir dúvidas, quanto à necessidade de que o contacto e intervenção com os utentes, seja o mais direccionado e específico possível. Um exemplo disso é o facto do estilo de vida inerente ao consumo poder ser interpretado tanto como factor dificultador como facilitador da procura de tratamento, em função da perspectiva que se tem sobre esse mesmo estilo de vida (subscreeve-se ou não o estilo de vida). O mesmo fenómeno ocorre para a presença de Craving, a sua conotação é variável em função da interpretação que lhe é dada. A presença diária de Craving é vista como uma situação difícil que não promove a procura de ajuda, já a presença de Craving num dia tentativa de abstinência é interpretada como um sinal de que é necessário recorrer a ajuda especializada.

Esta situação traduz o desafio constante que é prática profissional devido à diversidade e complexidade dos seres humanos e salienta o facto de que cada sujeito é o maior especialista de si mesmo e como tal, para chegar à subjectividade de cada um, o primeiro passo é ouvir com vontade de compreender.

Conclusão

O presente trabalho foi pensado e desenvolvido alicerçando-se em três objectivos gerais: a caracterização dos percursos individuais até ao momento do pedido de ajuda, a avaliação do estágio de motivação aquando da entrada para tratamento e a caracterização da amostra quanto a diferenças de sexo. Para a concretização dos objectivos a que nos propusemos, a metodologia adoptada só poderia ser de índole mista. Optamos desta forma pela triangulação metodológica, no sentido da complementaridade entre o método quantitativo e qualitativo.

O exercício da Psicologia é marcado pelas relações interpessoais, e se considerarmos cada ser humano como um “Eu”, ou seja, especial e único, isto faz de cada um de nós, um fenómeno particular e irrepitível. Neste sentido, para acedermos com profundidade à subjectividade de cada ser humano, torna-se necessário percebermos de que “matéria-prima” a pessoa em causa é feita. As respostas para esta pergunta podem ser encontradas na história de vida dos sujeitos, que os conduziu até determinadas experiências de vida, que apresentam certo impacto no presente e que fazem diferença quando se pensa no caminho a seguir no futuro.

Assim, a caracterização dos percursos de vida até ao momento do pedido de ajuda permitiu compreender com maior profundidade e confiança, as atitudes, pensamentos e comportamentos dos sujeitos aquando da entrada para o tratamento. O momento do pedido de ajuda não deve ser desvinculado do *background* dos utentes.

Por sua vez, a avaliação do estágio motivacional aquando da entrada para o tratamento, permitiu concluir que a presente amostra se situa maioritariamente no estágio de Acção, com predominância de locus de controlo interno, motivação intrínseca para o tratamento. Estes dados traduzem um bom prognóstico embora saibamos que a motivação é dinâmica e sujeita a flutuações. Ainda neste âmbito, é de salientar que a avaliação motivacional realizada aos sujeitos da amostra serviu como ponto de partida, de forma que as intervenções terapêuticas fossem traçadas em função do estágio motivacional em que se encontrassem.

Embora a amostra em estudo apresentasse dimensões relativamente reduzidas, o que possivelmente estará na origem da não significância das diferenças entre os sexos, concluímos mesmo assim, que homens e mulheres diferem na relação que desenvolvem

e mantém com consumo de álcool, bem como no processo de procura de tratamento. O facto de não se verificarem resultados estatisticamente significativos não deverá conduzir a uma menor valorização das diferenças encontradas na abordagem qualitativa. Neste sentido, é necessário ter em conta que o número de elementos do sexo masculino presentes na amostra era superior ao sexo feminino, o que estatisticamente tem o seu impacto. No entanto, quando acedemos ao discurso dos utentes identificamos diferenças importantes entre os sexos, diferenças essas que são reais e que se traduzem nos seus pensamentos e comportamentos, como tal merecem atenção e devem ser tidas em conta a nível terapêutico.

Confiamos que o reconhecimento e consciência da existência destas diferenças entre os sexos, que traduzem a realidade dos indivíduos, poderá fazer diferença no que respeita à maximização da eficácia das estratégias de intervenção.

Relativamente ao futuro, acreditamos que a realização deste estudo com uma amostra de maior dimensão, permitiria aceder a diferenças significativas entre o sexos e contribuiria para perceber com maior segurança a realidade subjectiva dos sujeitos, e trará dados relevantes para a diminuição dos obstáculos e promoção dos factores facilitadores da procura de tratamento. Neste sentido, espera-se que a entrada para o tratamento seja a última etapa do *continuum* de consumo e concomitantemente a primeira etapa do processo de tratamento, o que torna esta fase tão válida e decisiva como qualquer outra ao longo do processo terapêutico.

Sendo a motivação compreendida como aquilo que é susceptível de mover um indivíduo para um comportamento orientado, através do discurso dos participantes verificámos que os motivos e motivações que se traduzem como a chave para a mudança, podem ser os mais variados, o seu espectro é tão alargado como a riqueza subjectiva de cada um. Neste sentido, Vygostsky (1991, p.208) menciona que,

“Para compreender a fala de outrem não basta entender as suas palavras – temos que compreender o seu pensamento. Mas nem mesmo isso é suficiente – também é preciso que conheçamos a sua motivação. Nenhuma análise psicológica de um enunciado estará completa antes de se ter atingido esse plano.”

A abordagem motivacional e a motivação são conceitos em desenvolvimento e expansão, e por experiência própria, podem revelar-se verdadeiramente apaixonantes

quando se torna visível a sua eficácia e produtividade ao nível do contacto, relação e intervenção com os utentes. Desta forma, e porque sentimos que através do trabalho motivacional é possível obter resultados benéficos para os nossos utentes, a realização desta investigação transformou-se numa tarefa árdua mas sobretudo prazerosa e gratificante.

Com este estudo acreditamos que ficámos mais perto de perceber e compreender quando, como e porquê, um sujeito está motivado, o que segundo Szupszynski e Oliveira (2008) conduz a importantes avanços para a área da saúde.

Referências Bibliográficas

- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, J. (1982). *O Alcoolismo e as Mulheres*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Berelson, B. (1954). Content Analysis. In Lindzey & Aronson (Ed.), *Handbbok of Social Psychology*. Addison-Wesley.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Cahill, M., Adinoff, B., Hosigd, H., Muller, K. & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive Behaviors*, 28, 67-79.
- Carvalho, G. (2006). *Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis*. Recuperado em Junho 8, 2009, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5767/1/Ambientes%20favoraveis.pdf>
- Costa, C. & Teixeira, Z. (2005). *Alcoolismo no Feminino – Uma revisão bibliográfica* [Boletim] Centro Regional de Alcoologia do Norte, Volume I – Ano II, pp. 11-19.
- DiClemente, C. C. (1991). Motivational interviewing and the stages of change. In Miller, W. R. & Rollnick, S. (Ed.), *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior* (pp. 191-202). New York: Guilford Press.
- Diclemente, C. C. (1999). Prevention and harm reduction for chemical dependency: A process perspective. *Clinical Psychology Review*, 19, 473-486.
- DiClemente, C., Bellino, L. & Neavins, T. (1999). Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 86-92. Recuperado em Novembro 18, 2008, de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/086-92.pdf>
- Diclemente, C. C., Schlundt, B. S. & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13(2), 103-119.

- Edens J. F. & Willoughby F. W. (1999). Motivational profiles of polysubstance-dependent patients: do they differ from alcohol-dependent patients?. *Addictive behaviors*, 24(2), 195-206.
- Edwards, G. & Dare, C. (1997). *Psicoterapia e tratamento de adições*. São Paulo: Artes Médicas.
- Elbreder, M., Laranjeira, R., Siqueira, M. & Barbosa, D. (2008). Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 57(1), 9-15. Recuperado em Dezembro 3, 2008, de www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a03.pdf
- Fernandes, J. (2004). Selvagens bebedeiras: Álcool, Embriaguez e Contactos Culturais no Brasil Colonial. Recuperado em Julho 4, 2009, de http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese2004_FERNANDES_Joao_Azevedo-S.pdf
- Ferreira, A (2007). Gravidade de Dependência e Motivação para o Tratamento. Recuperado em Junho 6, 2009, de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0088.pdf>.
- Field, C., Duncan, J., Washington, K. & Adinoff, B. (2007). Association of baseline characteristics and motivation to change among patients seeking treatment for substance dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 91, 77 – 84.
- Figlie, B. (2004). *Motivação para tratamento do alcoolismo*. Recuperado em Junho 15, 2009, de <http://www.nelianafiglie.com.br/doutorado.pdf>
- Fontanella, B., Mello, G., Demarzo, M. & Turato, E. (2008). Percepção da síndrome de dependência por pacientes em tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 196-202. Recuperado em Janeiro 22, 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n3/07.pdf>
- Giglotti, A. & Bessa, M. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: critérios de diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 11-13. Recuperado em Abril 14, 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a04v26s1.pdf>

- Grella, C., Scott, C., Foss, M. & Dennis, M. (2008). Semelhanças e Diferenças no Tratamento, Recaída e Ciclo de Recuperação Entre os Géneros. *Evaluation Review*, 32, 113-124. Recuperado em Dezembro 3, 2008, de http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/recaida_ciclo_recuperacao.pdf
- Heath, D. B. (1987). Cultural studies on drinking: definitional problem. In P. Paakkanen & P. Sulkunen (Ed.), *Cultural Studies on Drinking Problems*. Social Research Institute of Alcohol Studies.
- Heather, N. (1992). Addictive disorders are essentially motivational problems. *British Journal Addiction*, 87, 827-830.
- Hile, M. G. & Adkins, R. E. (1998). The impact of substance abusers readiness to change on psychological and behavioral functioning. *Addict Behaviors*, 23(3), 365-370.
- Huselid, R. F., Self, A. E. & Gutierrez, S. E. (1991). Predictors of Successful Completion of a Halfway-House Program for Chemically-Dependent Women. *The American Journal of Alcohol and Drug Abuse*, 17(1), 89-101.
- Ismail, F. (2002). *Álcool Benigno, Álcool Maligno*. Porto: Âmbar.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93(8), 1177-1190.
- Kreutzberg, K. (1998). Frauen leiden meist starker unter dem Alkoholismus. *Fortschritte der Medizin*, 16(24), 43-44.
- Leake, G. J. & King, S. A. (1977). Effect of counselor expectations on alcoholic recovery. *Alcohol Health and Research World*, 11(3), 16-22.
- Lindstrom, L. (1992). *Managing Alcoholism – Matching Clients to Treatments*. Oxford: Oxford University Press.
- Mann, K., Hermann, D., & Heinz, A. (2000). One hundred years of alcoholism: The twentieth century. *Alcohol & Alcoholism*, 35(1), 10-15.

- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com utilização do SPSS* (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, G. A., & Theóphilo, C. R. (2007). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Editora Atlas.
- Mello, M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal* (1ª edição). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Miller, W. (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. U. S. Department of Health and Human Service: Public Health Service. Recuperado em Novembro 26, 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.section.61626>
- Miller, W. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos* (1ª edição). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (2004). Long-term influence of duration and frequency of participation in alcoholics anonymous on individuals with alcohol use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 81-90.
- Moos, R., Moos, B. & Timko, C. (2006). Gender, Treatment and Self-Help in Remission from Alcohol Use Disorders. *Clinical Medicine & Research*, 4(3), 163-174. Recuperado em Dezembro 3, 2008, de <http://www.clinmedres.org/cgi/reprint/4/3/163>
- Mourad, I. & Lejoyeux, M. (1997). L'Alcoolisme Féminin. In Adés, J. & Lejoyeux, M. (Eds.), *Alcoolisme et Psychiatrie* (p. 201-220). Paris: Masson.
- Murta, S. & Tróccoli, B. (2005). Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoolistas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(2), 157-166. Recuperado em Novembro 4, 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22n2a05.pdf>

- Nóbrega, M. & Oliveira, E. (2005). Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 816-823.
- Nunes, L. (2009). *Viva + Livremente* (1ª edição). Curso Vida Abundante 4
- Oliveira, M.S. (2002). *A Eficácia da Intervenção Motivacional em Dependentes do Álcool*. Tese de Doutorado. UNIFESP/EPM, São Paulo, Brasil.
- Oliveira, M., Laranjeira, R., Araújo, R., Camilo, R. & Schneider, D. (2003). Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes de Álcool. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 16(2), 265-270. Recuperado em Novembro 4, 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a06v16n2.pdf>
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: An unconventional view*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Pelissier, B. (2004). *Gender Differences in Treatment Entry and Retention Among Prisoners With Substance Use Histories*. Recuperado em Dezembro 3, 2008, de http://www.bop.gov/news/research_projects/published_reports/drug_treat/orepra_jpha_final.pdf
- Prochaska, J.O. (1995). Psychology of smoking cessation programs: lessons from Pathways to Change. Progress with nicotine replacement products for smoking cessation: perspectives on newer products and controversial issues. Springfield (NJ): Scientific Therapeutics Information, Inc.
- Prochaska, J. O.; Diclemente, C. C.; Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47,1102-1114.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C. & Fava, J. L. (1988). Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos e pesquisa em Enfermagem* (3ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Rangé, B. & Marlatt, G. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 88-95.
Recuperado em Abril 14, 2009, de
<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a06v30s2.pdf>
- Réocreux, M. (2000). Alcool: Consommation nocive et alcoolodépendance. *Alcoologie et Adictologie*, 22-(4), 305-312.
- Resende, G., Amaral, V., Bandeira, M., Gomilde, A. & Andrade, E. (2005). Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(4), 211-217. Recuperado em Junho 6, 2009, de
<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n4/26055.pdf>.
- Ribeiro, M., Ribeiro, L., Garcia, M., Souza, G., Sousa, K. & Nogueira, R. (2008). Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 203-211. Recuperado em Janeiro 22, 2009, de
<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n3/08.pdf>
- Romanelli, G. & Biasoli-Alves, Z. M. (1998). *Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP USP / CAPES ; Ribeirão Preto: Editora Legis-Summa.
- Room, R. (1972). Comments on “The alcoholologists’ addiction”. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33, 1049-1059.
- Scriven, A. & Stiddard, L. (2003) Empowering schools: translating health promotion principles into practice. *Health Education*, 103, 110-118.
- Skutle, D. (1999). Association Between Gender, Marital Status and Confidence Among Remaining Abstainers in Treatment. *Addiction*, 94(8), 1219-1225.
- Sobell, M.B. & Sobell, L. (2000). Évolution de l’approche cognitivo-comportementale des problèmes liés à l’alcool. Les modifications personnelles assistées du comportement prototpe de technique de motivation. *Alcoologie et Adictologie*, 22-(4), 295-304.

- Szupszynski, K & Oliveira, M. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 162-173. Recuperado em Maio 4, 2009, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ptp/v10n1/v10n1a12.pdf>
- Teixeira, Z. A. (2004). *Construção e validação de uma narrativa protótipo para o alcoolismo*. Tese doutoramento. Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E. & Rippens, P. D. (2002). Environmental contexts surrounding resolution of drinking problems among problem drinkers with different help-seeking experiences. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 63(3), 334-341.
- Vygotsky, L. S. (1991). *A formação social de mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- Weisner, C. (1993). Toward an alcohol treatment entry model: a comparison of problem drinkers in the general population and in treatment. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 17, 746-752.
- White, W. (2000). Addiction as a disease: Birth of a concept. *Counselor*, 1(1), 45-51, 73.
- Willoughby, F.W. & Edens, J. F. (1996). Construct validity and predictive utility of the stages of change scale for alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 96(1), 175-186.
- Yoshida, E. (2002). Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. *Psico-USF*, 7(1), 59-66. Recuperado em Janeiro 22, 2009, de http://www.saofrancisco.edu.br/edusf/publicacoes/RevistaPsicoUSF/Volume_11/uploadAddress/PSICO-09%5B6530%5D.pdf

Anexos

Anexo I – Questionário sócio-demográfico

Questionário Sócio-demográfico

1. N° do processo: _____

Data: ____/____/____

2. Nome: _____

3. Idade:

4. Sexo:

5. Nível de Escolaridade:

6. Situação Profissional:

7. Estado civil:

8. Filhos: Sim Quantos? _____ Coabitam? Sim

Não

Não

9. Outras perturbações mentais diagnosticadas:

10. Presença de PLA na família:

11. Situação económica:

Rendimento Social de Inserção Fundo de Desemprego Reforma

Activo na profissão Não recebe nada Outro: _____

Anexo II – Guião de Entrevista semi-estruturada

Guião de Entrevista Semi-estruturada

Caracterização do Consumo

12. Idade da primeira experiência:

12.1 Motivo:

12.2 Contexto:

13. Idade de início do consumo regular:

14. Idade de início do consumo excessivo:

14.1 Motivo:

14.2 Contexto:

15. Calcular o tempo de consumo excessivo:

16. Caracterização do consumo diário actual:

Pequeno-almoço: _____

Almoço: _____

Lanche: _____

Jantar: _____ Outros/ Total: _____

17. Na sua opinião o que é que acha que perdeu até agora devido ao consumo de álcool, (quais foram as consequências)?

18. Quem é que o enviou para tratamento (como foi encaminhado)?

19. Realizou tratamentos anteriores para a dependência de álcool?

19.1 Se sim, o que se passou após o tratamento?

20. O que espera, ou acha que poderá esperar deste tratamento?

Motivação

21. Motivo para procurar tratamento: _____

Pessoal Familiar Profissional De Saúde Social

Financeiro Jurídico Acidente de viação Outros

21.1 Motivação Intrínseca ex.: _____

21.2 Motivação Extrínseca ex.: _____

22. No processo que decorreu até vir pedir ajuda, quais foram as dificuldades que sentiu?

23. Quando pensava na possibilidade de procurar tratamento, quais foram os factores que tornaram mais fácil tomar essa decisão?

24. Sente-se apoiado na decisão de fazer este tratamento? Se sim, por quem?

Exercício do Nível de Comprometimento para a Abstinência (de 0 a 100).

Observações:

Anexo III – *Short-form Alcohol Dependence Data (SADD)*

SADD

(Davidson & Raistrick, 1986: v r. McMurran & Hollin, 1989)

As questões que se seguem abrangem alguns temas relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas. Procure ler com atenção cada uma das questões e responda sem pensar muito. Responda tendo em conta os seus hábitos MAIS RECENTES, colocando um X no quadrado MAIS APROPRIADO.

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Sente dificuldade em afastar do pensamento a ideia de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acontece deixar de comer por causa da bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Organiza o seu dia de maneira a poder beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Começa a beber logo ele manhã continuando à tarde e à noite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bebe qualquer tipo de bebida (O que interessa é o efeito do álcool)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bebe quanto deseja sem se preocupar com o que tem a fazer no dia seguinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sabendo que muitos problemas podem ser provocados pelo álcool, ainda bebe em demasia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quando começa a beber, acha-se incapaz de parar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tenta controlar-se conscientemente, deixando de beber durante alguns dias ou semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Na manhã seguinte a uma noite em que bebeu muito, necessita de beber uma bebida alcoólica para começar o dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. De manhã, após ter bebido muito no dia anterior, acorda com tremuras nas mãos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Depois de ter bebido muito, chega a ter náuseas ou vomita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Na manhã seguinte a uma noite em que bebeu muito, faz tudo o que lhe é possível para evitar as pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Depois de ter bebido muito, vê coisas que o deixam assustado e que mais tarde vem a perceber que não eram reais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Acontece beber e no dia seguinte não se lembrar do que aconteceu na noite anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo IV – *Readiness to Change Questionnaire (RCQ)*

Questionário sobre a Disposição para a Mudança

(Readiness to Change Questionnaire - RCQ)

RCQ

Readiness to Change Questionnaire (N. Heather et al, 1993)

São-lhe apresentadas algumas questões sobre a maneira das pessoas reagirem ou pensarem quanto aos seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas e se têm ou não desejo de o modificar. Leia, por favor, cada uma das questões com atenção, assinalando qual é no momento presente o seu grau de desacordo ou de acordo com cada uma delas. Se está internado num hospital tenha em conta o seu consumo antes do internamento. Dê apenas uma resposta para cada afirmação.

	Desacordo Total	Desacordo Moderado	Sem Opinião	Acordo Moderado	Acordo Total
1. Acho que não estou a beber demais.	_____	_____	_____	_____	_____
2. Estou a tentar beber menos do que costumava.	_____	_____	_____	_____	_____
3. Gosto de beber, mas algumas vezes bebo demais.	_____	_____	_____	_____	_____
4. Às vezes penso que devia reduzir ao que bebo.	_____	_____	_____	_____	_____
5. Não vale a pena preocupar-me com o que bebo.	_____	_____	_____	_____	_____
6. Alterei recentemente os meus hábitos de bebida.	_____	_____	_____	_____	_____
7. Qualquer pessoa pode dizer que quer resolver o problema da bebida, mas eu é que estou de facto a fazer alguma coisa em relação a isso.	_____	_____	_____	_____	_____
8. Estou numa fase em que devia pensar em beber menos álcool.	_____	_____	_____	_____	_____
9. Beber traz-me por vezes problemas.	_____	_____	_____	_____	_____
10. Não tenho necessidade de alterar os meus hábitos de bebida.	_____	_____	_____	_____	_____
11. Agora estou realmente a mudar os meus hábitos de bebida.	_____	_____	_____	_____	_____
12. Não tem sentido para mim beber menos álcool.	_____	_____	_____	_____	_____

Anexo V – *Brief Symptom Inventory* (BSI)

BSI
(Brief Symptom Inventory)

L. R. Derogatis, 1993; Versão: M. C. Canavarro, 1995

CLIENTE _____

Data ____/____/____

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descrever o grau em que cada problema o afectou durante a última semana. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixa nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
I. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras -pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldades em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:

	Nunca	Poucas Vezez	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo VI – Consentimento Informado

Consentimento Informado

A presente investigação decorre no âmbito do estudo dos Estádios de motivação para o tratamento da dependência alcoólica – Percursos individuais e género, a realizar na Unidade de Alcoologia.

Faz parte deste estudo, a realização de uma breve entrevista direccionada para o percurso de vida relacionado com o consumo e a administração de três questionários, para complemento da mesma informação.

Toda a informação é confidencial e o seu anonimato assegurado, desta forma em caso de publicação do trabalho, o presente documento não será exposto.

Este documento visa solicitar a sua participação, que desde já agradecemos e, da qual se pode retirar a qualquer momento.

Data ____/ ____/ ____

O participante _____

O investigador _____

