

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Hilda Maria Rodrigues Moleda Constant

**Influência da Intervenção Breve
Motivacional nas Estratégias de
Enfrentamento (Coping) Utilizadas
por Usuários de Álcool
para Cessar o Uso**

UFCSPA

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

**Porto Alegre
2013**

Hilda Maria Rodrigues Moleda Constant

Influência da Intervenção Breve Motivacional nas Estratégias de Enfrentamento (Coping) Utilizadas por Usuários de Álcool para Cessar o Uso

Dissertação submetida ao Programa
de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde da Fundação Universidade
Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre como requisito para a
obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Dra. Maristela Ferigolo
Coorientadora: Dra. Helena Maria Tannhauser Barros

**Porto Alegre
2013**

Catálogo na Publicação

Rodrigues Moleda Constant, Hilda Maria
Influência da Intervenção Breve Motivacional nas
Estratégias de Enfrentamento (Coping) Utilizadas por
Usuários de Álcool para Cessar o Uso / Hilda Maria
Rodrigues Moleda Constant. -- 2013.
122 p. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2013.

Orientador(a): Maristela Ferigolo ; coorientador(a):
Helena Maria Tannhauser Barros .

1. Alcoolismo. 2. Estudos de Intervenção. 3. Estudos
de Validação. I. Título.

“Se você tratar um indivíduo
como ele é, ele permanecerá
assim, mas se você tratá-lo
como se ele fosse o que deveria
e poderia ser, ele se tornará o
que deveria e poderia ser.”
(Johann Wolfgang Von Goethe)

AGRADECIMENTOS

A gratidão é uma forma singular de reconhecimento, uma das virtudes mais agradáveis, no entanto agradecer não é algo fácil. O que fazer como forma de gratidão? Palavras, atos, sentimentos... Perguntei-me muitas vezes isso antes de aqui escrever.

É certo que não sabemos caminhar sozinhos, muitas vezes não sabemos que rumo tomar, qual deve ser o próximo passo. Mas ter pessoas ao nosso lado que nos mostram caminhos, que nos ajudam a levantar, que acreditam em nosso potencial e reconhecem nossas virtudes é fundamental para alcançarmos nossos objetivos. Posso dizer que tive a oportunidade de ter pessoas assim ao meu lado, minha orientadora e coorientadora, administração, supervisão e consultores (VIVAVOZ) especialmente as “coping girls”, minha família e amigos.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para que fosse possível alcançar este objetivo. Sinto apenas pelas pessoas das quais sei que gostariam de estar fisicamente presente e que por força maior isso não foi possível, mas acredito que de alguma forma estas pessoas me acompanharam.

Muito Obrigada a TODOS!

As pessoas felizes lembram o passado com
gratidão, alegram-se com o presente e encaram o
futuro sem medo. (Epicuro de Samos)

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS E TABELAS	06
LISTA DE ABREVIATURAS	07
RESUMO	09
ABSTRACT	11
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 ASPECTOS GERAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL	13
1.2 ASPECTOS FARMACOLÓGICOS DO CONSUMO DE ÁLCOOL	17
1.3 PADRÕES E MEDIDAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL	20
1.4 INTERVENÇÕES PARA CESSAR O CONSUMO DE ÁLCOOL	22
1.4.1 Intervenções Farmacológicas para Problemas com o Consumo de Álcool	22
1.4.2 Intervenções Psicoeducativas para Problemas com o Consumo de Álcool	23
1.4.3 Intervenção Motivacional e Intervenção Breve Motivacional para Problemas com o Consumo de Álcool	24
1.4.4 Prevenção de Recaída: Estratégias de Enfrentamento (Coping) para Problemas com o Consumo de Álcool	26
2 JUSTIFICATIVA	33
3 OBJETIVOS	35
3.1 OBJETIVO GERAL	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4 REFERÊNCIAS	36
5 ARTIGO 1: Adaptação transcultural e validação de conteúdo: aplicação do Coping Behaviours Inventory – versão brasileira	45
6 ARTIGO 2: Intervenção Breve Motivacional por Telefone: Estratégias de Enfrentamento (Coping) para Cessação do Uso de Álcool	64
7 ANEXOS	90
7.1 Métodos	90
7.2 Proteção dos Direitos Humanos	90
7.3 Termo de Consentimento Livre Esclarecido	91
7.4 Parecer de Aprovação do CEP	92
7.5 Fluxograma de Atendimento a Usuários de Álcool e/ou outras Drogas	94
7.6 Protocolo Geral de Atendimento Telefônico	95
7.7 Questionário de Avaliação do Consumo de Álcool	97
7.8 Questionário para Avaliação de Dependência de Álcool	98
7.9 Escala para Avaliar a Prontidão para Mudança (LADDER)	99
7.10 O Inventário de Comportamentos de Coping	100
7.11 Modelo de Carta Enviada para Usuário	102
7.12 Normas Editoriais para Publicação dos Artigos	103
7.12.1 Revista Latino Americana de Enfermagem	103
7.12.1 Revista Trends in Psychiatry and Psychotherapy	116

LISTA FIGURAS E TABELAS

INTRODUÇÃO

Tabela 1: Diferentes características para dois tipos de alcoolismo	15
Figura1: Modelo cognitivo-comportamental de recaída	27

ARTIGO 1 “Adaptação transcultural e validação de conteúdo: aplicação do Coping Behaviours Inventory – CBI /versão Brasileira com usuários de álcool em acompanhamento telefônico”

Figura1: Fluxograma das etapas de adaptação transcultural e validação de conteúdo	52
Quadro 1: CBI versão original, tradução, contra tradução (Backtranslation) e CBI versão em português	54
Tabela 1: Resultados da avaliação dos juizes (n= 5) na etapa de validação do conteúdo	56

ARTIGO 2 “Intervenção Breve Motivacional por Telefone: Estratégias de Enfrentamento (Coping) para Cessação do Uso de Álcool”

Figura 1: Fluxograma de elegibilidade, randomização, tratamento, acompanhamento e inclusão de participantes nas análises	83
Tabela 1: Características sociodemográficas dos usuários de álcool com retenção e sem retenção	84
Tabela 2: Características sociodemográficas dos usuários de álcool no estudo: comparação grupo controle e Intervenção	85
Figura 2: Distribuição dos fatores de acordo com o IIQ (Inicial – primeira aplicação)	86
Tabela 3: Escores do CBI para cada fator no início e no final do acompanhamento relacionado aos grupos controle e Intervenção	87

LISTA DE ABREVIATURAS

A.C: Antes de Cristo

ADH: Enzima Álcool Desidrogenase

ALDH: Enzima Aldeído Desidrogenase

ATV: Área Tegmental Ventral

AUD: Desordens Causadas pelo Uso do Álcool (*Alcohol Use Disorders*)

CBI: *Coping Behaviours Inventory*

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10: Orientações de Classificação Internacional de Doenças

CO₂: Dióxido de Carbono

CVC: Coeficiente de Validade de Conteúdo

CYP 450: Complexo Enzimático Citocromo P450

DSM-I: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 1ª edição

DSM-II: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 2ª edição

DSM-III-R: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 3ª edição, Revisado

DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição, Traduzida e Revisado

IBM: Intervenção Breve Motivacional

EM: Entrevista Motivacional

EMEP: Escala Modos de Enfrentar Problema

ETC: Escala Toulousiana de Coping

FDA: *Food and Drug Administration*

GABA: Ácido Gama-Aminobutírico

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Vírus)

H₂O: Água

5-HT: Serotonina

IM: Intervenção Motivacional

MEOS: Sistema de Oxidação Microssômica

NCS: *National Comorbidity Survey*

NHSDA: *National Household Surveys on Drug Abuse*

NMDA: N-metil-D-Aspartato

OMS: Organização Mundial da Saúde

SAA: Síndrome de Abstinência do Álcool

SAMHSA: Substance Abuse & Mental Health Services Administration

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences* - versão 16.0

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

O crescente aumento de consumo de álcool e as demandas referentes ao seu tratamento acarretam na necessidade de novas formas de abordagens no auxílio a estes usuários. A intervenção breve motivacional (IBM) é uma forma de aconselhamento que visa à mudança de comportamento dos usuários de substâncias psicoativas. Nessa intervenção é possível planejar estratégias de enfrentamento que podem auxiliar na parada do uso e na manutenção da abstinência. O objetivo deste estudo foi verificar se a IBM influencia no aumento da frequência de uso das estratégias de enfrentamento (Coping) utilizadas por usuários de álcool para cessar o consumo por meio do *Coping Behaviours Inventory* – CBI. Foram incluídos no estudo usuários que ligaram para o Serviço Nacional de Informações e Orientações sobre a Prevenção do Uso de Drogas (VIVAVOZ) com desejo de parar de utilizar o álcool e que aceitaram participar do estudo, após a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os participantes responderam questionários para avaliação do perfil sociodemográfico, avaliação do consumo de álcool, avaliação de dependência de álcool, escala de contemplação *Ladder* para identificar estágio motivacional e versão adaptada ao português do CBI. Dois estudos foram conduzidos para atingir o objetivo do trabalho.

Estudo 1: Realizou a adaptação transcultural e validação de conteúdo do CBI para aplicação em usuários de álcool no Brasil. O processo seguiu os procedimentos: tradução, contra-tradução, avaliação de conteúdo e aplicação em estudo piloto. A versão final foi aplicada por telefone em uma amostra de 40 usuários de álcool que buscaram auxílio no VIVAVOZ. A versão retraduzida aproximou-se da original. Quanto à validação de conteúdo, a maioria dos itens obteve coeficiente de validade de conteúdo superior a 0,80. Além disso, a concordância entre os juízes referente à dimensão teórica apresentou índice *Kappa* médio igual a 0,666. Os resultados para a adaptação transcultural e validação de conteúdo do CBI mostram-se satisfatórios e aceitáveis, o que demonstra que a escala está adequada para investigar as estratégias de enfrentamento que usuários de álcool utilizam para parar o uso.

Estudo 2: Verificou se a IBM influenciou no aumento da frequência de uso das estratégias de enfrentamento (Coping) utilizadas por usuários de álcool para cessar o consumo. Trata-se de um ensaio clínico controlado randomizado. Os participantes foram alocados em dois grupos: intervenção (IBM) e controle (incluindo entrevista com perguntas fechadas e informações sobre drogas) e acompanhados por 6 meses. Dos 456 indivíduos que preencheram os critérios de inclusão e foram randomizados, 105 seguiram acompanhamento durante seis meses. A maioria destes participantes era do sexo masculino (76,2%), solteiros, separados ou viúvos (66,3%) e com idade média igual a 32,26 anos ($dp = 10,57$). Ao final do acompanhamento, verificou-se que os usuários passaram a utilizar mais frequentemente como estratégia o pensamento positivo e menos evitação/distração, independente de ser do grupo intervenção ou controle, ($p = 0,001$ para ambos). Além disso, 76% dos usuários pararam ou diminuíram o uso de álcool. Os dados reforçam a necessidade de estudos com amostras maiores e por um período mais longo de acompanhamento.

Palavras- chave: Alcoolismo, Estudos de Intervenção, Estudos de Validação.

ABSTRACT

The increasing consumption of alcohol and the demands for the treatment entail the need for new forms of approaches in assistance these users. A brief motivational intervention (IBM) is a type of counseling that aims to change the behavior of drug users. In this approach, the individual can plan coping skills that can help stop the use and maintenance of abstinence. The objective this study was examine whether IBM influenced the increase in the frequency of coping skills used by users to cease consumption of alcohol through the CBI. The study included users who had linked to the “Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso de Drogas-VIVAVOZ”, through a toll-free telephone number, with the intention to stop alcohol use and who agreed to participate in the study, after reading the Informed Consent form (IC). The alcohol users who completed the questionnaires to assessment the sociodemographic profile, assessment of alcohol consumption, assessment of alcohol dependence, Contemplation Ladder scale to identify motivational stage and a Portuguese version of the Coping Behaviours Inventory (CBI). Two studies were conducted to achieve the objective of study.

Study 1: To perform a cross-cultural adaptation and validation of content of the CBI for application in Brazil. The process involved the following procedures: translation, cross-translation, content evaluation by judges and application in a pilot study. The final version was administered by telephone in a sample of 40 alcohol users seeking help in VIVAVOZ. The back-translated version was approached to the original version, for content validation, most items obtained content validity coefficient greater than 0.80. In addition, the agreement among the judges concerning the theoretical dimension presented Kappa average 0.666. The results for validation of the CBI show to be satisfactory and acceptable. Shows that the scale is appropriate to investigate the coping skills the Brazilian population that users employ to stop alcohol use.

Study 2: Verified that IBM influenced the increase in the frequency of coping skills used by users to cease alcohol consumption. There is In this randomized controlled clinical trial the participants were divided into two groups: intervention

(BMI) and control (interview with closed questions and information) end of 6 months follow-up. Of the 456 participants, 105 completed the 6 months follow-up. These 105 participants included, most were male (76.2%), unmarried, divorced or widowed (66.3%) with mean age of 32.26 years (sd = 10.57). At final follow-up, began to use more often positive thinking and less avoidance / distraction as a coping skills, regardless of group ($p = 0.001$ for both). Furthermore, 76% of users stopped or decreased alcohol use. Both the IBM group as the control group used more often positive thinking strategies. The data reinforce the need for studies with larger samples and a longer period.

Keywords: Alcoholism, Intervention Studies, Validation Studies.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do consumo do álcool

Após a revolução industrial em meados do século XVIII, o uso de álcool aumentou de forma significativa, especialmente nos Estados Unidos e Europa. A produção desta mercadoria tornou-se intensa, os meios de vida urbanos cresciam cada vez mais e a disponibilidade de bebidas alcoólicas aumentavam, fazendo o preço reduzir. Neste contexto histórico, a sociedade começava a se relacionar com o uso de álcool de uma maneira diferente quando este começou a ter consequências na saúde, gerando preocupação na população. Este panorama exigiu dos pesquisadores estudos relacionados a transformação que estava ocorrendo na relação do homem com as bebidas alcoólicas (NIEL, 2008; FIGUEIRA, 2002).

Nos Estados Unidos, devido aos problemas gerados pelo consumo do álcool, surgiu um movimento para controlar o uso abusivo desta substância, chamado de “A Temperança”. A base deste movimento era os conceitos morais da época e, teve como resultado a criação da lei seca, no qual a produção e o consumo de bebidas alcoólicas eram expressamente proibidos. Em razão da crise de 1929, gerada pela quebra da Bolsa de Valores em Nova York, esta situação mudou. No intuito de criar mais empregos, estimular a economia e aumentar a arrecadação de impostos, o presidente Franklin Roosevelt, no ano de 1933, conseguiu a revogação dessa lei (RENDERS, 2012; MARQUES, 2001).

Em meados do século XIX, o alcoolismo era considerado doença e suas complicações começavam a ser tratadas, porém a procura ao tratamento era difícil em consequência ao preconceito imposto pelos valores morais da sociedade. A Associação Psiquiátrica Americana (APA), no ano de 1952, incluiu o alcoolismo no Manual Diagnósticos e Estatístico das Desordens Mentais (DSM-I) e logo a segunda edição deste (DSM-II), por meio das orientações de classificação Internacional de Doenças (CID-8) da Organização Mundial de Saúde (OMS), passou a dividir os problemas relacionados com o

álcool em três categorias: dependência, episódios de beber excessivo e beber excessivo habitual (abuso). As publicações posteriores a estes manuais apresentaram uma visão mais ampliada, abordando além das questões psicológicas aspectos dos sintomas da abstinência, efeitos físicos do uso crônico de álcool e de outras substâncias (MARQUES, 2001; DIEHL et al., 2011).

Diante disso, a síndrome de dependência do álcool foi definida, em meados de 1970 por Edwards e Gross, como um conjunto de sinais e sintomas decorrentes do uso disfuncional da substância. O alcoolismo seria decorrente de aspectos psicológicos, físicos e sociais (NIDA, 2012; MARQUES, 2001). Em 1977, a OMS definiu a dependência do álcool como uma síndrome com um contínuo de gravidade. O conceito de síndrome de dependência firmou-se nos manuais diagnósticos DSM-IV e CID-10 e ao publicar o relatório "*Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*" em 2004, demonstrou de forma muito clara a diferença da desordem em duas categorias: a dependência e o abuso (WHO, 2004).

O abuso ou uso nocivo refere-se ao consumo que pode ser eventual e de doses maiores geralmente seguido de complicações com evidências de prejuízos do funcionamento social, legal, interpessoal e ocupacional, como brigas, acidentes graves, irresponsabilidades e perda de compromissos. Quanto à dependência, o consumo é frequente, compulsivo e seguido de prejuízos como problemas psicológicos, físicos e sociais. É caracterizada por perda de controle sobre o uso (estes aspectos serão melhores descritos no item 1.3 padrões e medidas de consumo) (NIDA, 2012). Diante destas características, Jellinek (1960) distingue os usuários de álcool, enfatizando a distinção entre indivíduos que tinham persistentes comportamentos de consumir o álcool (incapacidade de abster-se inteiramente) e outros que poderiam abster-se do uso de álcool por longos períodos, mas eram incapazes de parar de beber, uma vez que tinham começado (perda de controle). Nesta perspectiva, uma das mais conhecidas tipologias de alcoolismo é a desenvolvida por meio dos resultados da pesquisa realizada por Cloninger (1987), na qual os usuários de álcool são classificados em tipo 1 (que apresenta um início de uso tardio, com evolução mais lenta, menos problemas e comorbidade psicopatológica portanto com melhor prognóstico) e tipo 2 (o

qual se caracteriza por início precoce, evolução mais rápida, mais comorbidades psicopatológicas, sintomas mais graves, pior prognóstico e predisposição genética) (Tabela 1). Esta é a classificação mais frequentemente encontrada, descrita e estudada; no entanto, não há uma classificação de subtipos de alcoolistas que atenda aos critérios considerados ideais (BABOR; CAETANO, 2006).

Características	Tipos de alcoolismo	
	Tipo 1	Tipo 2
Problemas relacionados ao uso de álcool		
Idade de início do uso	Após 25 anos	Antes de 25 anos
Busca espontânea do uso de álcool (inabilidade para se manter abstinente)	Infrequente	Frequente
Brigas e problemas relacionados a prisões quando bebe	Infrequente	Frequente
Dependência psicológica (perda de controle)	Frequente	Infrequente
Culpa e medo em relação à dependência do álcool	Frequente	Infrequente
Traços de personalidade		
Buscar novas experiências	Baixo	Alto
Evitar danos	Alto	Baixo
Dependência de recompensa	Alto	Baixo

Tabela 1: Diferentes características para 2 tipos de alcoolismo

Fonte: Dados adaptados de Cloninger, 1987

Evidências demonstram a heterogeneidade do alcoolismo pelo fato de sofrer influências multifatoriais como: genética, aspectos psicológicos, comportamentais e socioculturais. Estes fatores influenciam na frequência e na quantidade de consumo de bebidas alcóolicas, assim como em suas complicações (CLONINGER, 1987; BABOR; CAETANO, 2006; RIBEIRO et al., 2008).

Existem estimativas de que o álcool é uma das drogas mais consumidas mundialmente. De acordo com a OMS, o uso nocivo do álcool causa 2,5 bilhões de mortes por ano e cerca de 9% das mortes entre jovens de 15 a 29 anos estão relacionadas ao uso de álcool. O consumo de álcool ocupa o terceiro lugar mundialmente entre os fatores de risco para doenças, e está associado a muitos problemas graves, tanto sociais, como de desenvolvimento, incluindo negligência, violência e abuso infantil, além de absentismo do trabalho (WHO, 2012; WHO, 2011). A OMS estima que existam 2 bilhões de consumidores de bebidas alcoólicas em todo o mundo e, desses, 76,3 milhões tem diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de álcool. O uso do álcool é visto como um hábito comum e de certa forma aceitável por fazer parte da cultura de alguns povos e estar presente em comemorações populares. No entanto, aproximadamente 1,8 milhões de mortes estão relacionadas com esse uso (MOURA; MALTA, 2011; WHO, 2004).

No Brasil, o que tem chamado à atenção de comunidades terapêuticas, centros acadêmicos e instituições governamentais são o baixo custo e fácil acesso às bebidas alcoólicas, que facilita o aumento do consumo (DIEHL et al., 2011). No país, há um índice de 74,6% de indivíduos que fizeram uso na vida de bebidas alcoólicas, sendo que 52% dos brasileiros beberam pelo menos uma vez no último ano. No que se refere ao consumo frequente, isto é, pelo menos uma vez por semana, houve diferença significativa em relação ao sexo: 11% das mulheres e 39% homens utilizam o álcool no mínimo uma vez por semana. As mulheres bebem menos frequentemente e apresentam maior prevalência de abstinência (59% para mulheres e 35% para homens) (SENAD, 2007).

O V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Médio da Rede Pública de Ensino, realizado nas 27 Capitais Brasileiras no ano de 2004, mostrou que 65,2 % dos entrevistados com idade entre 12 e 17 anos já utilizaram algum tipo de bebida alcoólica. Dentre estes, 44,3 % dos adolescentes fizeram uso no último mês e 11,7% fizeram uso frequente de álcool, ou seja, seis ou mais vezes nos últimos trinta dias (GALDURÓZ et al., 2004).

1.2 Aspectos farmacológicos do consumo do álcool

O álcool etílico pertence ao grupo dos álcoois; trata-se de um líquido incolor de baixo peso molecular, hidrossolúvel, com odor e sabor característicos (BERMOND; TOSE, 2000). As bebidas que apresentam menor teor alcoólico têm entre 3 a 6% de seu volume em álcool. Outras bebidas, como vinhos possuem de 11 a 15% e bebidas destiladas como cachaça e vodka, apresentam de 40 a 60% de álcool (NIDA, 2012; BALLESTEROS et al., 2004).

A maneira como o álcool é absorvido, distribuído, metabolizado e excretado é o que determina sua concentração sanguínea, ou seja, seus efeitos nos vários tecidos do corpo humano (ZAKHARI, 2006). Tanto a absorção, como a distribuição do álcool ocorrem pelo mecanismo de difusão simples, pelos poros permeáveis e água, encontrados nas membranas celulares. Cerca de 20% da substância é absorvida no estômago após a sua ingestão e 80% dele na porção superior do intestino delgado. Por intermédio do fígado, atinge a circulação sistêmica pela qual passa a ser distribuído por todos os compartimentos aquosos do organismo (UMULIS et al., 2005).

O pico de concentração do álcool ocorre entre 30 a 90 minutos após a última dose ingerida. Um percentual de 20% do etanol sofre efeito de primeira passagem no fígado, e o restante é metabolizado por diversos processos (RANG; DALE, 2012). O produto final é o acetato que sofre biotransformação em duas etapas: a primeira etapa ocorre por três vias distintas, a principal é efetuada pela enzima álcool desidrogenase (ADH) (BERMOND; TOSE, 2000). A ADH converte o álcool em uma substância altamente tóxica: o acetaldeído; a segunda via ocorre por meio do sistema de oxidação microssômica (MEOS) mediado pelo complexo enzimático citocromo P450 (CYP 450), e a terceira via é originada pela enzima catalase e auxiliada pelo peróxido de hidrogênio. Estas três vias resultam no acetaldeído que é oxidado a acetato pela enzima aldeído desidrogenase (ALDH) (LIEBER, 1982; YAMAMOTO et al., 2000). O acetato é transformado em acetilcoenzima A, pelo ciclo de Krebs, e convertido em dióxido de carbono (CO₂) e água (H₂O) e assim é eliminada mais facilmente

na urina (WAGNERBERGER; KANURI; BERGHEIM, 2012; BERMOND; TOSE, 2000).

O peso do indivíduo tem influência direta na quantidade de álcool oxidado por unidade de tempo. As mulheres têm concentrações sanguíneas de álcool maiores do que as do homem, considerando a mesma quantidade consumida, pois tem menor atividade do álcool desidrogenase gástrica e menor volume de água por peso corporal. Em um adulto saudável, a taxa média de metabolismo é de 10 mililitros por hora (YAMAMOTO et al., 2000; FLEMING, MIHIC; HARRIS, 2006). Esta taxa é constante com o tempo, seguindo uma cinética de ordem zero (QUESADA, 1998).

O quadro de intoxicação alcoólica é ocasionado pelo consumo de álcool em quantidades maiores que a taxa metabolizada (YAMAMOTO et al., 2000). No caso do uso crônico, a tolerância ocorre pelo fato de que há um aumento na taxa de metabolismo do álcool (WAGNERBERGER; KANURI; BERGHEIM, 2012; YAMAMOTO et al., 2000). De 90 a 98% do álcool é metabolizado para acetaldeído, ou seja, de 2 a 10% é excretado pela urina e suor (UPADHYA et al., 2000).

Além dos fatores farmacocinéticos, outros mecanismos influenciam no local e na extensão em que o álcool age no cérebro. Os principais sistemas de neurotransmissão envolvidos na dependência, efeitos comportamentais e no abuso do consumo alcoólico são os gabaérgicos, glutamatérgico, dopaminérgico e serotoninérgico (WAGNERBERGER; KANURI; BERGHEIM, 2012; DAVIES et al., 2005).

A combinação da ação do álcool nos neurotransmissores glutamato (neurotransmissor excitatório) e ácido gama-aminobutírico (GABA), principal neurotransmissor inibitório, reduz o nível total de atividade no cérebro. O álcool aumenta a atividade do GABA, ao mesmo tempo em que reduz os efeitos do glutamato. Devido a este aspecto que se define o álcool como depressor do Sistema Nervoso Central (SNC) (RANG; DALE, 2007; KOOB et al., 2003). O GABA exerce suas funções por intermédio dos receptores ionotrópicos GABA_A e GABA_C e do receptor metabotrópico GABA_B (RANG; DALE, 2012). O álcool é um potente agonista gabaérgico. Sua ativação gera aumento na frequência e no tempo de abertura dos canais de cloreto, os quais estão associados ao receptor GABA. A membrana fica hiperpolarizada, gera um potencial pós-

sináptico inibitório, contribuindo para diminuição da excitabilidade neuronal (WAGNERBERGER; KANURI; BERGHEIM, 2012; DAVIES et al., 2005).

Em relação ao glutamato, este tem suas respostas mediadas por vários subtipos de receptores, que podem ser ionotrópicos: canais iônicos de membrana que quando ativados tornam-se permeáveis aos cátions e os metabotrópicos: relacionados à via de segundos mensageiros e regulação da atividade dos canais iônicos de membrana e demais processos celulares (CULL-CANDY; BRICKLEY; FARRANT, 2001). A interação do álcool com os receptores ionotrópicos de N-metil-D-Aspartato (NMDA) ocasionam redução da atividade do neurotransmissor pelo uso do álcool.

Os receptores NMDA são inibidos, de maneira não competitiva, devido ao uso agudo do etanol, ocasionando uma diminuição do influxo de íons cálcio para o interior da célula e consequentemente diminuição da excitabilidade neuronal (FADDA; ROSSETTI, 1998). A atividade dos receptores NMDA é intensificada pelo aumento da liberação de glutamato, consequência do uso crônico do álcool.

Um dos efeitos adversos do álcool é a síndrome de abstinência alcoólica (SAA) caracterizada pela hiperexcitabilidade neuronal, evidência do fenômeno de neuroadaptação que está associado às alterações da neurotransmissão causando redução gabaérgica e estimulação glutamatérgica (TSAI; COYLE, 1998).

O uso agudo de bebidas alcoólicas aumenta a liberação de dopamina no espaço extracelular de neurônios da área tegmental ventral (ATV) que projetam-se até o núcleo *accumbens* (ANDREOLLI et al., 2003). O núcleo accumbens localiza-se no sistema de recompensa cerebral e está relacionado ao reforço positivo do consumo de álcool. O uso crônico do etanol ou a abstinência alcoólica gera uma atividade dopaminérgica diminuída, causada pela desregulação da dopamina e serotonina nas regiões cerebrais frontais (TUPALA; TIIHONEN, 2004). A progressão do uso para o abuso e dependência do álcool está relacionada às propriedades de reforço envolvidas no sistema dopaminérgico. O uso agudo de álcool aumenta os níveis de serotonina (5-HT) pelo bloqueio da recaptação pré-sináptica e aumenta a liberação de dopamina no espaço extracelular da área tegmental ventral (TUPALA; TIIHONEN, 2004; ZALESKI et al., 2004).

1.3 Padrões e medidas do consumo de álcool

Diversos fatores, culturais, psicológicos e sociais como sexo, idade, genética ou até mesmo uma patologia preexistente no indivíduo, podem influenciar nos padrões de consumo de álcool (FILHO, TEIXEIRA, 2013; SAITZ, 2005). Estabelecer um nível de gravidade de uso do álcool pode ser uma forma de prevenir seu consumo indevido. Quando o indivíduo identifica a quantidade de álcool ingerido, existe a possibilidade de um maior controle do seu uso (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

O consumo de álcool é medido em unidades ou doses, sendo que 10 a 12 gramas de álcool puro correspondem a 1dose/unidade de álcool. É importante saber a dose/unidade utilizada por um usuário para que seja investigado seu padrão de consumo (BRICK, 2006).

A literatura descreve o uso do álcool de três formas. O indivíduo que nunca utilizou álcool durante toda vida, com exceção de goles pequenos, é denominado abstinente por toda a vida (*Lifetime abstainer*); o indivíduo que utilizou uma bebida com álcool na vida, mas nenhuma bebida durante o último ano é o bebedor anterior (*Former drinker*) e por fim o indivíduo que utilizou pelo menos uma bebida com álcool durante o último ano é o bebedor atual (*Current drinker ou alcohol use*). Este ultimo pode ser classificado em 3 categorias: *bebedor leve*, ou seja, faz uso de 3 ou menos doses de álcool por semana; *bebedor moderado* que trata-se da pessoa que utiliza de 4 a 14 doses de álcool por semana para homens, e 4 a 7 doses de álcool por semana para mulheres e *bebedor pesado*, que usa mais de 14 doses de álcool por semana para homens, e mais de 7 doses de álcool por semana para mulheres (STOCKWELL et al., 2012; FALK, YI & STURMHÖFEL, 2006).

Diante deste aspecto, salienta-se que, embora a frequência do uso de álcool seja um fator significativo, a avaliação da quantidade de etanol ingerida em cada ocasião também é um fator importante. O uso considerado de risco não demonstra que necessariamente o uso é frequente. Segundo o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas em 2007, pode ser considerado uso de risco (*“binge drinking”*) a ingestão de 4 ou mais drinques

por ocasião para as mulheres e 5 ou mais para os homens em um curto espaço de tempo. A partir deste Levantamento, foi estimado que a prevalência de uso de risco no Brasil é 14% entre os homens e 3% entre as mulheres (SENAD, 2007).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV-TR, 2003), as desordens causadas pelo uso do álcool (AUD) são utilizadas como critérios do uso abusivo do álcool e/ou dependência. Em diagnósticos de AUD's, o abuso do álcool pode ser definido quando o usuário preenche pelo menos 1 dos 4 critérios de abuso do álcool, segundo o DSM IV-TR – uso continuado do álcool apesar das consequências sociais ou interpessoais, uso perigoso, consequências jurídicas, ou negligência de responsabilidades em favor de beber. Todavia, a dependência do álcool é caracterizada quando o usuário preenche pelo menos 3 dos 7 critérios de dependência do álcool, nos últimos 12 meses – tolerância; síndrome de abstinência ou beber para aliviar os sintomas da síndrome de abstinência; desejo persistente ou tentativas frustradas para diminuir ou parar de beber; gastar muito tempo bebendo, procurando a bebida ou se recuperando dos efeitos do álcool; desistindo de atividades importantes em favor do uso e continuar a beber apesar dos problemas físicos e psicológicos decorrentes do uso (DSM IV-TR, 2003).

A SAA é um dos critérios mais evidentes da dependência e diversos fatores contribuem para seu aparecimento ou evolução. Alguns destes fatores podem ser: gênero, características biológicas, vulnerabilidade genética, aspectos psicológicos e socioculturais. Na SAA, são comuns sintomas como agitação, angústia, ansiedade, irritabilidade, náuseas, tremores, taquicardia, hipertensão entre outros. A neuroadaptação que ocorre no SNC quando existe o uso crônico do álcool pode explicar alguns destes sinais e sintomas. Devido a este aspecto é que tem se desenvolvido estudos de fármacos no sentido de melhor compreensão do mecanismo de ação do etanol nos sistemas de neurotransmissão do SNC (LARANJEIRA et al., 2000).

Para um melhor entendimento do processo de parada do uso do álcool, torna-se importante o conhecimento do conceito de lapso e recaída. O lapso é considerado o uso da substância sem continuidade, um breve momento de retorno ao comportamento anterior (MARLATT et al., 2009). A recaída significa

o retorno regular ao uso do álcool, com consequente perda do autocontrole do consumo, após um determinado período de abstinência. Usualmente, o alto grau de dependência está diretamente ligado a uma maior taxa de recaída.

A recaída sofre influencia de alguns aspectos, o ambiente onde o indivíduo vive, assim como suas características particulares, auto eficácia, grau de dependência, desempenho cognitivo além da fissura, contribuem para ocorrência da recaída. Portanto, trata-se de um evento multifatorial e é um evento que faz parte do processo de parada do uso de substâncias (FEUERLEIN; KUFNER, 1989).

1.4 Intervenções para cessar o consumo de álcool

1.4.1 Intervenções Farmacológicas para Problemas com o Consumo de Álcool

O tratamento farmacológico do uso do álcool tem como objetivo, basicamente, tratar a intoxicação, a síndrome de abstinência e a síndrome de dependência. Neste momento de maior entendimento dos mecanismos envolvidos na dependência, sua ação, bem como uma maior compreensão da farmacoterapia e o desenvolvimento de novas drogas (MARLATT et al., 2009).

Há alguns anos, as medicações para usuários de álcool eram baseadas exclusivamente em agentes que auxiliavam apenas na SAA ou medicamentos que causavam aversão ao etanol. A abordagem farmacologia utilizada na SAA utiliza reposição vitamínica, administração de benzodiazepínicos (Diazepam, Clordiazepóxido, Lorazepam e oxazepam) sendo a escolha destas medicações baseada nos sintomas da SAA. Quanto a diminuição do sintomas da SAA medicamentos como clonidina, os betabloqueadores e a carbamazepina tem sido estudados. São tratamentos alternativos, considerados adjuvantes ao uso dos benzodiazepínicos, pois não são tão efetivos e não atuam em relação às convulsões como fazem os benzodiazepínicos (O'Connor, 2009; NIDA, 2010). Os mecanismos de tolerância e dependência associados à manutenção do uso de substâncias têm sido melhor explicados em consequência do

desenvolvimento do conhecimento no processo de neuroadaptação que ocorre devido a exposição crônica ao etanol (LINGFORD et al., 2003).

Apenas três fármacos são aprovados pelo *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento da dependência alcoólica: Acamprosato, Dissulfiram e Naltrexona. Existe um quarto fármaco, o Topiramato, que vem demonstrado resultados promissores (NIDA, 2010; JONHSON et al., 2003). Trata-se de um antagonista do receptor ácido amino-3- hidróxi-5-metilsoxazol-4-propiónico (AMPA) de glutamato, que reduz a propriedade de reforço positivo relacionada ao consumo de etanol. No entanto, esse ainda não foi aprovado da FDA (CASTRO & BALTIERI, 2004). Nesta mesma linha ocorrem estudos relacionados a medicações como nalmefeno, lítio e agentes serotoninérgicos (O'Connor, 2009; NIDA, 2010).

O tratamento para dependência do álcool, tanto comportamental, quanto farmacológico, vem sendo observado por estudos transversais e clínicos e demonstram que de um a dois terços dos pacientes que foram tratados reduzem o consumo de álcool ou ficam abstinentes (SAITZ, 2005). A utilização de algumas drogas no tratamento do alcoolismo, apesar de não servir como única estratégia, é uma importante ferramenta quando aliada a outras técnicas (CORDEIRO et al., 2007).

1.4.2 Intervenções Psicoeducativas para Problemas com o Consumo de Álcool

Devido à grande demanda de pacientes em serviços de atenção básica em saúde, uma nova forma de assistência, como linhas telefônicas de ajuda, tem sido utilizada. Esta alternativa de tratamento favorece o acesso a uma quantidade cada vez maior de pessoas, proporcionando educação, auxílio e assistência à distância. Este tipo de atendimento tem sido utilizado como uma oferta de intervenções proativas e reativas no monitoramento das condições de saúde do indivíduo. Reativo quando as linhas telefônicas são disponibilizadas (divulgação na mídia) para atendimento da população que procura o serviço. E proativo quando após um primeiro contato realizado pelo indivíduo o serviço

passa a ligar para o cliente para dar seguimento a intervenção proposta (BORLAND et al., 2001; MCKAY et al., 2004; FERNANDES, 2008).

As intervenções telefônicas são efetivas com o cuidado continuado no abuso de substâncias, apresentando respostas favoráveis durante a fase inicial do tratamento (MCKAY, et al., 2004). Estudos têm consistentemente revelado que dependentes químicos permanecem várias semanas consecutivas em abstinência após a intervenção via telefone, tendo melhores resultados que outros tipos de tratamentos (CARROL et al., 1994; MCKAY et al., 1999). Elas complementam as intervenções face a face e de autoajuda, além de serem úteis como estratégia de prevenção de recaída ao uso de drogas (WAKEFIELD, 2000). Apesar de o aconselhamento telefônico ser usado mais extensivamente como componente de programas para a cessação do tabagismo (LICHTENSTEIN et al., 1996), a continuidade dos cuidados pelo telefone para o tratamento do alcoolismo, bem como de outras desordens, tem sido amplamente utilizada (MCKAY et al., 2004).

Dentre as intervenções psicoeducativas, alternativa que se tem mostrado eficaz são os materiais de autoajuda, que são muito utilizados em *call centers*, principalmente na Europa, com o objetivo de reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, bem como prevenir a utilização de outras substâncias (NESPOR; CSEMY, 2005; HEATHER et al., 1992). Estudos demonstraram que esses materiais são formas efetivas de reduzir as taxas de recaída em indivíduos que iniciaram o processo de abstinência, proporcionando um aumento na efetividade do aconselhamento telefônico (CURRIE et al., 2004; NORDQVIST et al., 2005). Além disso, podem ser amplamente disseminados para a população, pois apresentam um bom potencial custo benefício (CURRIE et al., 2004).

1.4.3 Intervenção Motivacional e Intervenção Breve Motivacional para Problemas com o Consumo de Alcool

Segundo Rollnick e Miller (1985), Intervenção Motivacional (IM) ou Entrevista Motivacional (EM) é um tipo de aconselhamento diretivo, centrado

no cliente, que visa a estimular a mudança do comportamento, ajudando os clientes a explorar e resolver sua ambivalência. As técnicas utilizadas são de diversas abordagens, tais como psicoterapias breves, terapia cognitiva, terapia sistêmica e também psicologia social de persuasão. A entrevista motivacional desenvolveu-se a partir de discussões entre psicólogos noruegueses, que iniciaram seus estudos com pacientes usuários de álcool (MILLER; ROLLNICK, 2001).

A partir desta perspectiva, um tipo de atendimento terapêutico adaptado da entrevista motivacional, a Intervenção Breve Motivacional (IBM) passou a ser utilizado em contatos breves nos serviços de atenção básica em saúde com eficácia no tratamento da dependência química (LANCASTER, 2005). O objetivo da intervenção breve motivacional é reduzir ou cessar o consumo abusivo de substâncias psicoativas e aumentar as taxas de abstinência. Este atendimento é caracterizado por tempo limitado, e tem foco na mudança de comportamento do indivíduo (FLEMING; MANWELL, 1999). Consiste em questionamentos abertos, a fim de possibilitar e estimular a fala do indivíduo sobre seus problemas e a reflexão sobre os mesmos. Alguns elementos são essenciais no processo da IBM dirigida a usuários de substâncias psicoativas, entre eles: avaliação do problema (triagem), devolutiva (*feedback*), estabelecimento de metas, discussão de prós e contras do uso, aconselhamento e desenvolvimento da auto eficácia do paciente. É muito importante que o profissional reconheça o estágio de motivação do indivíduo, para que assim possa trabalhar com o mesmo o planejamento da mudança de comportamento. O modo como o profissional irá abordar este assunto com o cliente deve ir ao encontro do estágio motivacional que ele se encontra naquele momento (MILLER; ROLLNICK, 2001; TRACY; PETER, 2004).

A fim de conhecer melhor como acontece este movimento de mudança dos indivíduos, Prochaska e Diclemente (1982) descreveram os estágios de prontidão para a mudança de comportamento como um processo no qual existem variados níveis de motivação. Ora o usuário pode considerar que deve mudar seu comportamento algum dia, ora pode colocar em prática mudanças comportamentais. Os autores desenvolveram um instrumento para identificar os chamados estágios motivacionais e, estes são conhecidos por pré-contemplação, contemplação, determinação ou preparação, ação, manutenção

e recaída. Na pré-contemplação o indivíduo não percebe, não tem consciência de que existe algum problema e, se perceber, a responsabilidade é transmitida a outras pessoas. No que diz respeito à contemplação, pensa em modificar algo, mas ainda não providenciou nenhuma atitude para realizar esta mudança; na preparação ou determinação, está concretizada a intenção de mudança, mas ainda é necessário um planejamento de ação; na ação, o indivíduo está decidido a mudar e já está fazendo alguma coisa para sua mudança de comportamento; na manutenção, devem-se manter os resultados obtidos nas etapas anteriores. A recaída, ou volta ao padrão de consumo anterior, faz parte do processo de mudança e muitas vezes é o modo como a pessoa aprende e recomeça o tratamento de forma mais consciente (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1992).

Podemos dizer que motivação é o ponto chave na tomada de decisão entre abandonar ou continuar com o padrão de uso problemático de substâncias psicoativas. Quando o paciente percebe que está tendo problemas e que isso tem que ser mudado, ele próprio pode identificar as habilidades e os recursos necessários para realizar esta mudança ou procurar ajuda especializada e comprometer-se com o tratamento (MACEDO; CARRASCO, 2005).

1.4.4 Prevenção de Recaída: Estratégias de Enfrentamento (Coping) para Problemas com o Consumo de Álcool

A prevenção de recaída baseia-se em uma estrutura cognitivo-comportamental que visa a tratar o problema da recaída do uso de determinada substância e gerar técnicas para prevenir ou manejar sua ocorrência. Tem como objetivo identificar situações de risco e utilizar estratégias de enfrentamento cognitivas e comportamentais para lidar com estas situações ou similares.

O primeiro modelo cognitivo-comportamental de recaída foi proposto por Marlatt em 1980 (Figura 1). Este modelo emergiu a partir de informações qualitativas, obtidas no ano de 1978, de 70 homens alcoolistas crônicos que

havia recebido alta de uma instituição que realizava tratamento baseado na abstinência. Foi investigada a situação inicial que levou estes usuários a reiniciar o consumo de álcool e a partir destas informações o autor desenvolveu uma taxonomia detalhada das situações de alto risco para a recaída. Estas situações são fundamentadas em subcategorias de determinantes de recaída, entre estes, alguns intrapessoais (auto eficácia, expectativas de resultados, motivação, enfrentamento, estados emocionais e fissura) e interpessoais (apoio social). Segundo o autor o preditor mais importante de recaída é a capacidade do indivíduo de utilizar estratégias de enfrentamento efetivas ao lidar com situações de alto risco (CUMMINGS; GORDON; MARLATT, 1980; MARLATT; GORDON, 1985).

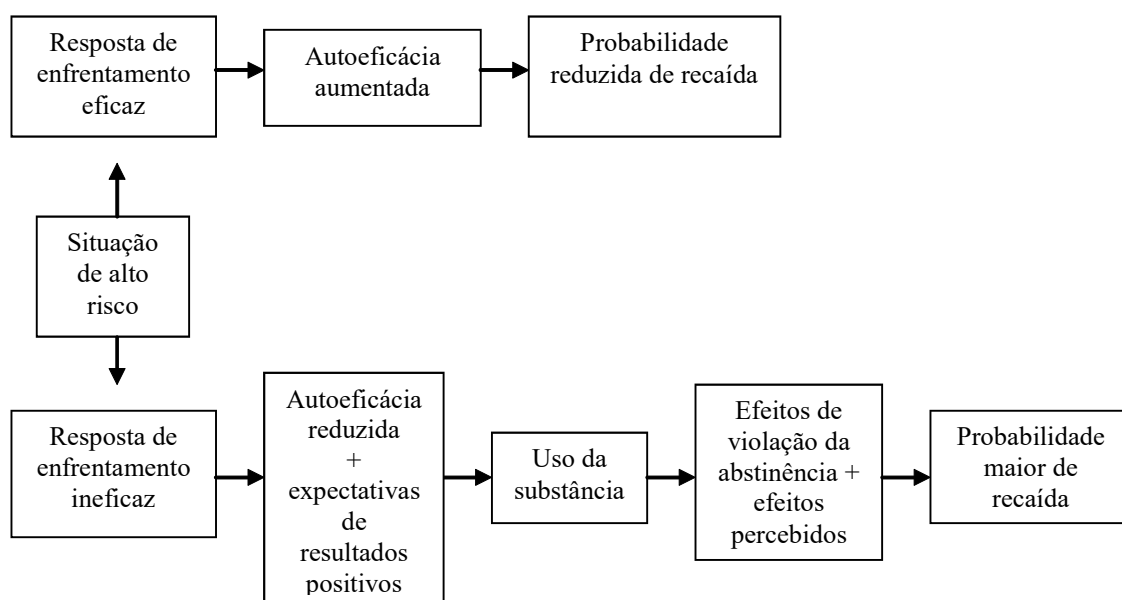


Figura1- Modelo cognitivo-comportamental de recaída adaptado de Marlatt e Gordon (1985).

A definição do termo enfrentamento utilizada por Folkman e Lazarus (1980), foi descrita como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que apresentam-se em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarga ou excedendo seus recursos pessoais.

Na literatura brasileira, tem sido utilizado tanto o termo enfrentamento quanto a palavra inglesa *coping*, assim como estratégias de enfrentamento ou

estratégias de *coping*. O enfrentamento pode ser qualquer tipo de ações ou comportamentos apresentados para lidar com um perigo ou inimigo, situações ameaçadoras ou problemáticas. Geralmente tem-se utilizado o termo enfrentamento quando se encontra relacionado a situações de estresse como, por exemplo, o processo de abstinência do uso de determinada droga, como o álcool (SUIT; PEREIRA, 2008).

A literatura descreve variadas perspectivas sobre o conceito de enfrentamento. Lazarus e seu grupo propõem estudos que foram direcionados para perspectivas do processo saúde/doença. Para os autores, ao se conceituar enfrentamento, é fundamental considerar as variáveis situacionais. Como por exemplo, no caso do usuário de álcool, se o indivíduo trabalha em um bar que vende bebidas alcoólicas. Na perspectiva de que esta é uma abordagem contextual, o enfrentamento passa a incluir opções maiores de respostas cognitivas e comportamentais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Trata-se de um processo complexo e dinâmico e abrange estratégias destinadas a reduzir o risco ou conseguir gratificação em uma determinada situação (SEIDL, 2001). Inicialmente, o indivíduo percebe a situação de estresse e, na sequência, suas possibilidades de enfrentamento. O contexto onde se processa o enfrentamento é uma situação considerada penosa e pessoalmente significativa. A escolha de qual estratégia de enfrentamento será utilizada é resultado da avaliação subjetiva que o indivíduo faz da situação vivenciada e, seu significado está de acordo com a sua individualidade (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Conforme Lazarus e Folkman (1984), existem duas classificações para as estratégias de enfrentamento:

- Estratégias de enfrentamento focalizadas no problema: considerada como um esforço pessoal, para tentar modificar a situação que originou o estresse, controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. São, geralmente, estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor para que se faça um plano de soluções, e aconteça uma reavaliação positiva. É um esforço no sentido de encontrar soluções práticas, como a confecção de um plano de ação ou a concentração no próximo passo a seguir. O foco da atenção do indivíduo é na solução dos problemas;

➤ Estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção: refere-se ao esforço no que diz respeito à regulação do estado emocional originado de situações estressantes. Seu objetivo é modificar o estado emocional do indivíduo, podendo constituir-se de atitudes de afastamento ou paliativas, diante da fonte de estresse, tais como o uso de drogas, álcool, descargas emocionais, entre outras (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004).

Nas situações em que se acredita serem passíveis as modificações, pode haver uma maior tendência para utilizar estratégias de enfrentamento focalizadas no problema. As estratégias focalizadas na emoção são mais utilizadas ao lidar com situações avaliadas como inalteráveis. No entanto, as duas estratégias são complementares, uma pode atuar de forma facilitadora para a outra, a reavaliação da situação proporciona a escolha mais coerente para cada momento (SUIT; PEREIRA, 2008). Diferentes estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas simultaneamente para lidar com determinada situação estressora (CARVER; SCHEIER; WEINTRAUB, 1989).

Existe, segundo Folkman e Moskowitz (2004), a possibilidade de identificar outros tipos de estratégias de enfrentamento que podem atuar de maneira simultânea em uma única situação como: busca de informação, religião, suporte social, entre outras. A busca de religiosidade, por exemplo, como uma estratégia de enfrentamento tem sido estudada por acreditar-se que esta pode influenciar tanto na avaliação da situação estressante quanto no seu enfrentamento. No entanto, a prática da religiosidade pode ser prévia à situação vivenciada ou uma busca que ocorre a partir dela (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004). Já a estratégia de enfrentamento focalizada no suporte social, ou seja, nas relações interpessoais, trata-se do indivíduo buscar apoio nas pessoas que compõem o seu círculo social. A ideia deste tipo de resposta iniciou com o trabalho de Coyne e DeLongis (1986) e foi melhor estudada por O'Brien e DeLongis (1996), com o objetivo de aprofundar o papel da personalidade e dos fatores situacionais na escolha das estratégias de enfrentamento.

Outro aspecto importante, principalmente em relação ao processo de abstinência do uso do álcool, são as diferenças entre enfrentamento do estresse e da tentação, descritas por Shiffman no ano de 1984. Para o autor, o

enfrentamento do estresse destina-se a diminuir o impacto dos estressores, e o enfrentamento da tentação a resistir à tentação de usar drogas, independente do estresse (SHIFFMAN, 1984). A relação entre o enfrentamento do estresse e da tentação, e a resposta do indivíduo, tem sido descrita como transacional, no qual se faz uma apreciação cognitiva da capacidade de enfrentar o estressor ou a tentação e essa apreciação determina a resposta do indivíduo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). O enfrentamento, tanto do estresse quanto da tentação, pode assumir duas formas: o cognitivo, usando os processos mentais e a força de vontade a fim de controlar o comportamento; e o comportamental, que envolve alguma forma de ação. Pensar nas consequências negativas do uso pode ser um exemplo de enfrentamento da tentação cognitiva, enquanto enfrentamento da tentação comportamental pode ser a evitação dos gatilhos a fim de prevenir o uso (MARLATT et al., 2009).

No que diz respeito à prevenção de recaída, Litman et al (1983) enfatizaram a importância das estratégias de enfrentamento nos casos do uso do álcool em situações de risco. Os autores sugerem um modelo de prevenção de recaída que contemple a interação entre a situação, a disponibilidade de eficácia dos comportamentos de enfrentamento e a auto eficácia do indivíduo em lidar com a situação (LITMAN et al., 1983). O papel das habilidades de enfrentamento, auto eficácia e motivação na previsão do resultado do tratamento de uso de álcool foi investigado por Litman e colaboradores em 1983. A auto eficácia e o enfrentamento, independentemente, apontaram resultados de tratamento bem sucedidos (LITMAN et al., 1983).

Estudos têm sido desenvolvidos no sentido de mensurar as estratégias de enfrentamento para utilização em diferentes contextos em saúde (LITMAN, 1983; FOLKMAN; LAZARUS, 1985; VITALINO et al., 1985; ESPARBÉS et al., 1993; SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996; GIMENES; QUEIROZ, 1997; SEIDL et al., 2001). A importância destes estudos é evidente, partindo do pressuposto que as estratégias de enfrentamento são fundamentais no processo de parada do uso, assim como na prevenção da recaída (DOLAN, 2013; SEALOCK, 2012).

Nesta perspectiva, Savóia, Santana e Mejias (1996) publicaram uma adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus, de 1985. Trata-se de um questionário tipo *Likert* de quatro pontos: 0 = não usei

esta estratégia; 1 = usei um pouco; 2 = usei bastante; 3 = usei em grande quantidade. O instrumento é composto por 66 itens que compreendem pensamentos e ações utilizadas pelos indivíduos para lidar com situações problemáticas. Estas situações são relatadas por uma entrevista na qual o participante descreve o local, os envolvidos e o que aconteceu em determinada situação. Esta escala consiste em 8 fatores que avaliam a utilização das estratégias. Os fatores são distribuídos em fator 1- confronto; fator 2- afastamento; fator 3- autocontrole; fator 4- suporte social; fator 5- aceitação de responsabilidade; fator 6- fuga-esquiva; fator 7- resolução de problemas; fator 8- reavaliação positiva.

A versão construída por Esparbés et al. (1993) da Escala Toulousiana de *Coping* (ETC), é constituída por 54 itens. A resposta a cada item é dada numa escala ordinal, tipo Likert, de cinco posições. As estratégias de *Coping* são multidimensionais e a proposta é de articular os campos *comportamentais*, que constitui o processo pelo qual o indivíduo prepara e administra a ação; *cognitivo* que engloba como o sujeito lida, elabora e se adapta com a informação decorrente do acontecimento e *afetivo* que demonstra as reações emocionais e os sentimentos que possibilitam legitimar os atos e aspirações do sujeito. Diante destes três campos, obtém-se seis fatores de estratégias: focalização, suporte social, retraimento, conversão, controle e recusa.

Dentre as escalas descritas acima para identificar as estratégias de enfrentamento (*Coping*), a Escala Modos de Enfrentar Problema (EMEP) investiga as estratégias de enfrentamento mais utilizadas em situações de estresse. A escala construída por Vitalino et al. (1985) possui uma versão adaptada ao português por Gimenes e Queiroz (1997), com base nos resultados da análise fatorial de Seidl et al. (2001). O instrumento conceitua enfrentamento como um conjunto de respostas específicas para determinada situação estressora. Inclui um questionário tipo *Likert* de cinco pontos e é composto por 45 itens que abordam pensamentos e ações das quais as pessoas fazem uso para lidar com situações estressoras. A versão adaptada e validada no Brasil distribuiu as estratégias em 4 fatores: Fator 1: enfrentamento focalizado no problema, o qual implica em concentrar-se sobre o problema e sobre a forma de resolvê-lo, ou ainda analisar a situação. Refere-se mais especificamente as ações práticas e em um modo de conviver com a

abstinência de forma mais otimista. Fator 2: enfrentamento focalizado na emoção, analisa sentimentos desagradáveis e descargas emocionais; trata do condicionamento pelas emoções como agressividade, irritação, ansiedade, raiva, culpa, auto cobrança. Fator 3: busca de práticas religiosas/pensamentos fantasiosos, analisa a prática maior da religiosidade (conversão pelos valores) e da adoção de pensamentos pouco realistas (negação). Fator 4: busca de suporte social, visa a identificar comportamentos que buscam compartilhar com alguém sobre sua situação/sentimentos. Com fins de investigar outras estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo, realiza-se também uma pergunta aberta ao cliente indagando “Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com esta situação?” (SEIDL, 2001).

As escalas referidas se propõem a investigar as estratégias utilizadas pelo indivíduo para enfrentar situações de estresses ou situações problemáticas. O processo de abstinência do uso do álcool ou a recaída pode representar uma situação de estresse ou de certa forma desencadeá-la (SINHA, 2007). Estes instrumentos têm sido amplamente utilizados face a face em pacientes para investigação de estratégias de enfrentamento frente a problemas de saúde. No entanto, não há estudos que tenham aplicado estas escalas em usuários de drogas no Brasil.

No que diz respeito à avaliação dos comportamentos quanto à capacidade de enfrentamento, o Inventário de comportamentos de *Coping - Coping Behaviours Inventory* (CBI) (LITMAN, 1983), aborda aspectos do enfrentamento especificamente associados ao consumo de álcool e drogas. O inventário contém 36 itens que são demonstradas situações vivenciadas por usuários de álcool durante o processo de abstinência. Propõe-se avaliar os comportamentos e pensamentos usados por estes indivíduos para prevenir, evitar ou controlar a retomada do beber pesado. O inventário inclui uma lista de opções: 14 são cognitivas e 22 comportamentais. O respondente indica com que frequência ele / ela usa cada estratégia de enfrentamento. A resposta a cada questão é informada pelo participante por meio de uma escala tipo *likert*, as respostas são: 0 = normalmente, 1= muitas vezes, 2= às vezes e 3= nunca. As respostas resultam em 4 fatores: I- pensamento positivo, II- pensamento negativo, III- evitação /distração, IV- suporte social. Por abordar comportamentos específicos de usuários de álcool e pelo fato de ser de fácil

aplicação por meio do atendimento telefônico, devido ao número reduzido de itens, este foi o instrumento escolhido para ser aplicado no presente estudo. A escala é validada em inglês e foi traduzida e contra traduzida para aplicação no Serviço Nacional de Orientações e Informações Sobre Drogas (VIVAVOZ), local de realização do estudo a ser apresentado. A tradução foi realizada por dois pesquisadores: um brasileiro com domínio do idioma inglês e um nativo inglês com domínio da língua portuguesa. O instrumento foi adaptado para as condições do serviço (aconselhamento telefônico) e os pesquisadores foram previamente capacitados para sua aplicação.

2 JUSTIFICATIVA

O alcoolismo é uma grave doença crônica que engloba sintomas como compulsão, perda de controle motor, dependência física e tolerância, representando um grande problema de saúde pública (MARQUES, 2001). Entre os anos de 1970 e 1996, ocorreu um acréscimo de 74,5% do consumo alcoólico brasileiro (MARLAT, 2009) e, segundo Galduróz (2005), o início do uso ocorre cada vez mais precocemente. Em decorrência deste uso prematuro, o consumo de álcool eleva também a gravidade dos problemas decorrentes e consequentemente seu custo social é ainda maior (MORAES et al., 2006).

O alto custo do tratamento da dependência do álcool e sua pouca disponibilidade na atenção básica de saúde tem tornado o auxílio por telefone uma alternativa de fácil acesso para a população. Neste atendimento, pode ser abordado o aconselhamento, bem como estratégias de enfrentamento, visando ao planejamento da parada e a prevenção da recaída (MORAES et al., 2006).

O enfrentamento refere-se ao modo como o indivíduo lida com uma situação adversa ou estressora; seu uso no contexto de comportamentos aditivos designa o modo de lidar com situações de alto risco. As estratégias de enfrentamento podem ser eficazes desde que haja flexibilidade à mudança (MURTA; TRÓCCLI, 2005). Considera-se estratégia de enfrentamento como qualquer iniciativa para administrar uma situação estressora, seja esta estratégia boa ou não, adaptativa ou mal adaptativa. Algumas pessoas, por

exemplo, incorporam atividades esportivas quando estão tentando se manter abstinentes do uso de determinada substância, outras por não conseguir suportar a cobrança no trabalho acabam fazendo uso abusivo de álcool, e assim por diante. Portanto, é necessário que se leve em consideração a natureza da situação, a disponibilidade de recursos para desenvolver habilidades para enfrentar situações problemáticas e, o resultando alcançado nas estratégias utilizadas (MURTA & TRÓCCLI, 2005). Sabe-se que a continuação da abstinência após a crise de recaída está relacionada ao número de estratégias de enfrentamento utilizadas. Um aspecto importante é o fato de que para cada situação há estratégias mais adequadas para se obter resultados positivos. Assim, salienta-se a importância de se identificar as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por usuários de álcool que buscam manterem-se abstinentes.

Devido às demandas referentes ao tratamento de usuários de álcool, novas formas de estratégias devem ser desenvolvidas. A importância do desenvolvimento de habilidades para lidar com o processo de abstinência e com a prevenção da recaída é evidente (MONTI, 2005). No entanto, ainda existem poucos estudos na literatura que identificam as estratégias utilizadas pelos usuários de álcool. Por meio deste estudo, foram identificadas estratégias para a melhoria da assistência a usuários do álcool. A ideia de trabalhar questões específicas para o perfil do usuário é considerada um facilitador em todo o processo da terapêutica, assim como na sua adesão ao tratamento. A partir da identificação destas estratégias é possível um melhor planejamento de toda terapêutica do processo de parada do uso assim como da manutenção da abstinência.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Verificar se a IBM proporciona aumento na frequência de uso das estratégias de enfrentamento para cessar o consumo de álcool por meio do *Coping Behaviours Inventory* - CBI.

3.2 Específicos

- Realizar a adaptação transcultural e validação de conteúdo do CBI para uso no Brasil.
- Identificar as diferentes estratégias de enfrentamento utilizadas por usuários de álcool em relação aos fatores: pensamento positivo, pensamento negativo, evitação/distração e suporte social.
- Comparar, entre os grupos, as diferentes estratégias de enfrentamento utilizadas por usuários de álcool no início e no final do acompanhamento telefônico.
- Identificar fatores intervenientes (sociodemográfico, padrão de consumo, dependência, estágio motivacional) no uso de estratégias eficientes para abstinência do álcool.
- Investigar o número de indivíduos que se mantiveram abstinentes do consumo de álcool e outras drogas, após o aconselhamento telefônico.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLSOP, S.; SAUNDERS, B.; PHILLIPS, M. The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. **Addiction**, v. 95, n. 1, p. 95-106, 2000.

ANDREOLLI, M. et al. Selective Antagonismo at Dopamine D3 Receptors Prevents Nicotine- Triggered Relapse to Nicotine-Seeking Behaviour. **Neuropsychopharmacology**, v. 28, p. 1272-1280, 2003.

BABOR, T. F.; CAETANO, R. Subtypes of substance dependence and abuse: implications for diagnostic classification and empirical research. **Addiction**. v. 101, n.1, p. 104-10, 2006.

BALLESTEROS, J. et al. Brief Interventions for Harzadous Drinkers Delivered in Primary Care are Equally Effective in Men and Women. **Addiction**, v. 99, p. 103-108, 2004.

BERMOND, D. M.; TOSE, H. Consumo de bebidas alcoólicas: interações com o benzeno e outras substâncias de uso ocupacional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 27, n. 2, 2000.

BORLAND, R.; SEGAN, C. J.; LIVINGSTON, P. M.; OWEN N. The effectiveness of callback counseling for smoking cessation: a randomized Trial. **Addiction**, v. 96, p. 881-889, 2001.

BRICK, J. Standaedization of alcohol calculations in research. **Alcoholism. Clinical and Experimental Research**, v. 30, n. 8, p. 1276-87, 2006.

CARROL, K. M.; ; ROUNSAVILLE, B. J.; NICH, C.; GORDON, L. T.; WIRTZ, P. W.; GAWIN, F. One-year follow-up of psychoteraphy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. **Archives of General Psychiatry**, v. 51, p. 989-997, 1994.

CARVER, C. S., SCHEIER, M. F., & WEINTRAUB, J. K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 56, v. 2, p. 267-283, 1989.

CASTRO, L. A.; BALTIERI, D. A. Tratamento farmacológico da dependência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 43-46, 2004.

CLONINGER, C. R. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. **Science** v. 236, p. 410-416, 1987.

COYNE, J. C.; DELONGIS, A. Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 54, p.454, 1986.

CORDEIRO, D.; FIGLIE N.; LARANJEIRA R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substancias**. São Paulo: Roca, 2007.

CULL-CANDY, S.; BRICKLEY, S.; FARRANT M. NMDA receptor subunits: diversity, development and disease. **Current Opinion Neurobiology**, v. 11, p. 327-335, 2001.

CURRIE, S. R.; CLARK, S.; HODGINS, D. C.; EL-GUEBALY N. Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for insomnia in recovering alcoholics. **Addiction**, v.99, p.1121-1132, 2004.

DAVIES, S. J. C.; PANDIT, S. A.; FEENEY, A.; STEVENSON, B. J.; KERWIN, R. W.; NUTT, D. J.; MARSHALL, E. J.; BODDINGTON, S.; LINGFORD-HUGHES, A. Is there cognitive impairment in clinically 'healthy' abstinent alcohol dependence?. **Oxford Journals, Alcohol & Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 498–503, 2005.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. & ORGANIZADORES. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DOLAN, S. L., ROHSENOWB, D. J., MARTIN, R. A., MONTI, P. M. Urge-specific and lifestyle coping strategies of alcoholics: Relationships of specific strategies to treatment outcome. **Drug and Alcohol Dependence**, v.128, p. 8-14, 2013.

DSM – IV-TR, **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, v. 51, p. 8-19, 1994.

FADDA, F & ROSSETTI, Z. L. Chronic ethanol consumption: from neuroadaptation to neurodegeneration. **Progress in Neurobiology**, v. 56, n. 4, p. 385-431, 1998.

FALK, D. E.; YI, H.; HILLER-STURMHÖFEL, S. An Epidemiologic Analysis of Co-Occurring Alcohol and Tobacco Use and Disorders: Findings from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. **Alcohol, Research and Health**, v. 29, n. 3, p. 162-171, 2006.

FERNANDES, S. **Usuários de maconha: auxílio com telemedicina e intervenção breve Motivacional**. 2008. 125 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2008.

FEUERLEIN, W. & KUFNER, H. Aprospective multicenter study on inpatient treatment for alcoholics: 18 and 48 months follow-up. **European Archives of Psychiatry Neurological Science**, v. 239, p. 144-157, 1989.

FIGUEIRA, I. Etanol e bebidas alcoólicas. Pode a actividade farmacológica do álcool explicar a diversidade de efeitos nos diferentes sistemas? **Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa**, Série III, n. 7, p. 165-171, 2002.

FILHO, N. H.; TEIXEIRA, M. A. P. Funcionamento Diferencial do Item no Alcohol Use Disorders Identification Test. **Aval. psicol.**, v. 12, n. 1, p. 19-25, 2013.

FLEMING, M. & MANWELL, L. B. Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers. **Alcohol Research and Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism**, v. 23, n. 2, p. 128-137, 1999.

FLEMING, M.; MIHIC, S. J.; HARRIS, R. A. Etanol. In: Lazo J. S.; PARKER K. L. GOODMAN & GILMAN: **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. São Paulo: Editora Mac GrawHill, 2006.

FOLKMAN, S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 46, p. 839-852, 1984.

FOLKMAN, S. & LAZARUS, R.S. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 48, p. 150-170, 1985.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S.; GRUEN, R. J. & DE LONGIS, A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 50, p. 571-579, 1986.

FOLKMAN, S. & MOSKOWITZ, J.T. Coping: Pitfalls and promise. **Annual Review of Psychology**, v. 55, p. 745-774, 2004.

FOLKMAN, S. & MOSKOWITZ, J. T. Positive affect and the other side of coping. **American Psychologist**, p. 647-654, 2000.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. V **Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras** – CEBRID, 2004.

GAZZANIGA, M. S.; IVRY, R. B.; MANGUN, G. R. **Neurociência Cognitiva: Biologia da Mente**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIMENES, M. G. G.; QUEIROZ, B. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. G. G. Gimenes; M. H. Fávero (Orgs.), **A mulher e o câncer**, p. 171-195, São Paulo: Editorial Psy., 1997.

HEATHER, N. Addictive disorders are essentially motivational problems. **British Journal of Addiction**, v. 87, p. 827-830, 1992.

HEIDBREDE, C., & HAGAN, J. Novel pharmacotherapeutic approaches for the treatment of drug addiction and craving. **Current Opinion in Pharmacology**, v. 205, n. 5, p. 107-118, 2005.

JELLINEK, E. M. The disease concept of alcoholism. **Can. Med.Ass. J**, v. 83, p.1341, 1960.

JONHSON, B. A. et al. Oral Topiramate for Treatment of Alcohol Dependence: a Randomized Controlled Trial. **The Lancet**, v. 361, p. 1677-1685, 2003.

KESSLER, R. C.; MCGONAGLE, K. A.; ZHAO, S.; NELSON, C. B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEN, H-U.; KENDLER, K. S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. **Arch Gen Psychiatry**, v. 51, n. 1, p. 8–19, 1994.

KOOB, G.F. Alcoholism: Allostasis and beyond. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 27, n. 2, p. 232–243, 2003.

LANCASTER, T; STEAD, L. F. Self-help Interventions for Smoking Cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3, 2005.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S.; JERONIMO, C.; MARQUES, A. C. Consenso sobre Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal, and Coping**. 3. ed. New York: Springer, 1984.

LICHTENSTEIN, E.; GLASGOW, R. E.; LANDO, H. A.; OSSIP-KLEIN, D. J.; BOLES, S. M. Telephone counselling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. **Health Education Research**, v. 11, n. 2, p. 243-257, 1996.

LIEBER, C.S. **Medical disorders of alcoholism. Pathogenesis and treatment. Volume XXII. In the series major problems in internal medicine**. New York: W.B. Saunders Company, 1982.

LINGFORD-HUGHES, A.; NUTT, D. Neuribiology of addiction and implications for treatment. **The British Journal of Psychiatry**, v. 182, p. 97-100, 2003.

LITMAN, G. K. et al. An Instrument for Measuring Coping Behaviours in Hospitalized Alcoholics: Implications for Relapse Prevention Treatment. **British Journal of addiction**, v. 78, p. 269-276, 1983.

LWANGA, S. K.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. World Health Organization, Geneva, 1991.

MACEDO, M. M. K.; CARRASCO, L. K. **Contextos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana**. São Paulo: casa do psicólogo, 2005.

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

MARLATT, G. A. et al. **Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MCKAY, J. R. Continuing care for cocaine dependence: Comprehensive 2-year outcomes. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 67, p. 420-427, 1999.

MCKAY, J. R.; LYNCH, K. G.; SHEPARD, D. S.; RATICHKEK, S.; MORRISON, R.; KOPPENHAVER, J.; PETTINATI, H. M. The effectiveness of telephone-based continuing care in the clinical management of alcohol and cocaine use disorders: 12 month outcomes. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 72, n. 6, p. 967-979, 2004.

MELONI, J. N. & LARANJEIRA, R. Custo Social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 7-10, 2004.

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

MONTI, P. M. ; KADDEN, R. M. ; ROHSENOW, D. J.; COONEY, N. L.; ABRAMS, D.B. **Tratando a dependência de álcool: um treinamento das habilidades de enfrentamento**. São Paulo: Roca, 2005.

MORAES, E.; CAMPOS, G. M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R.; FERRAZ, M. B. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 4, p. 321-325, 2006.

MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Alcoholic beverage consumption among adults: socialdemographic characteristics and trends. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 61-70, 2011.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoolistas. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 2, 2005.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). **Rethinking Drinking-Alcohol and your health**, 2012. Disponível em: <http://rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/IsYourDrinkingPatternRisky/WhatsLowRiskDrinking.asp>. Acesso em: out. 2012.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). **Drug abuse acohol**, 2012. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/alcohol>. Acesso em: dez. 2012.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). **Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones**, 2010. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>. Acesso em: out. 2012.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCHOLISM ALCOHOL AND TOBACCO (N.I.A.A.A). **Alcohol Alert**, v. 71, p. 1-5, 2007.

NESPOR, K. & CSEMY, L. Patients treated for addictive diseases in the Psychiatric Centre Bohnice in years 1994 to 2003. **Cas Lek-Cesk**, v. 144, n. 3, p. 195-196, 2005.

NIEDERHOFER H., STAFFEN W. Acamprosate and its efficacy in treating alcohol dependent adolescents. **European Chil and Adolescent Psychiatry**, v. 12, n. 3, p. 144-148, 2003.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para os profissionais da saúde**. São Paulo, 2008.

NORDQVIST, C.; WILHELM, E.; LINDQVIST , K.; BENDTSEN P. Can screening and simple written advice reduce excessive alcohol consumption among emergency care patients? **Alcohol and Alcoholism**, v. 40, n. 5, p. 401-408, 2005.

O'BRIEN, T. B., & DELONGIS, A. The interactional context of problem-focused, emotion-focused, and relationship-focused coping: The role of the Big Five personality factors. **Journal of Personality Special issue: Personality and coping**, v. 64, p. 775-813, 1996.

O'CONNOR, P. G. Alcohol abuse and dependency. **ACP Medicine**. p. 1-14, 2009. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/m/conteudos/acp-medicine/5130/consumo abusivo e dependencia de alcool %E2%80%93 pa trick g o%E2%80%99connor.htm>. Acesso em jun.2013

PECHANSKY F. Patterns of alcohol use among adolescents living in Porto Alegre, Brazil. **Journal of Psychoactive Drugs**, v. 30, p. 45-51, 1998.

PROCHASKA, J. O. & DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy, Theory, Research Practice**, v. 20, p. 161-173, 1982.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C. & NORCROSS, J. C. Search of how people change: Applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, v. 47, p. 1102-1113, 1992.

QUESADA, O.; GONZÁLEZ E.; MORALES-MULIA, S.; Bargas, J.; Pasantes-Morales, H. Effects of NaCl removal on osmolyte fluxes and regulatory volume decrease in cultured astrocytes. **Journal of Neuroscience Research**, v. 53, n. 2, p. 195-202, 1998.

RANG, H.P et al. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

RENDERS, H. O consumo de álcool segundo as gravuras Beer Street e Gin Lane de William Hogarth e as obras de John Wesley: convergências e diferenças. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 19, n. 4, p. 1191-1218, 2012.

RIBEIRO M.S. Avaliação dos tipo 1 e 2 de alcoolismo de Cloninger em homens participantes de um programa de tratamento ambulatorial. **Rev. Bras Psiq**, v. 35, n. 2, p. 39-48, 2008.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R. What is motivational interviewing? **Behavior and Cognitive Psychotherapy**, v. 23, p. 325-334, 1985.

SAITZ, R. Unhealthy Alcohol Use. **The New England Journal of Medicine**. v. 352, n. 6, p. 596-607, 2005.

SAITZ, R.; PALFAI, T.P.; FREEDNER, N.; WINTER, M.R.; MACDONALD, A.; LU, J.; OZONOFF, A.; ROSENBLOOM, D.L.; DEJONG, W. Screening and brief intervention online for college students: The Health study. **Alcohol and Alcoholism**, v. 42, p. 8–36, 2007.

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. **Substance Abuse in States and Metropolitan Areas: Model Based Estimates from the 1991-1993**. National Household Survey on Drug Abuse: Summary Report. U.S. Department of Health and Human Services, 1996.

SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. **Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse**. Rockville: SAMHSA, 2002.

SAVOIA, M. G.; SANTANA, P. R., & MEJIAS, N. P. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. **Psicologia USP-São Paulo**, v. 7(½), p. 183, 1996.

SEALOCK, M.D.; MANASSE, M. An uneven playing field: The impact of strain and coping skills on treatment outcomes for juvenile offenders. **Journal of Criminal Justice**, v. 40, p. 238–248, 2012.

SEIDL, E et al. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa Psicologia**, v. 17, n. 3, 2001.

SEIDL, E. M. F., ZANNON, C. M. L. C & TRÓCCOLI, B. T. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 155-164, 2006.

SENAD. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília, 2007.

SHIFFMAN. Coping with temptations to smoke. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 52, n. 2, p. 261-267, 1984.

SINHA, R. The role of Stress in Addiction Relapse. **Current psychiatry reports**, 2007. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/n165188655823335>>. Acesso em: 31 mar. 2010.

STOCKWELL, T et al. The basis for Canada's new low-risk drinking guidelines: A relative risk approach to estimating hazardous levels and patterns of alcohol use. **Drug and Alcohol Review**, v. 31, p. 126–134, 2012.

SUIT, D. e PEREIRA, M. E. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. **Psicol. USP**, v. 19, n. 3, p. 317-340, 2008.

TRACY, O. & PETER, M. Motivational Enhancement and Other Brief Interventions for Adolescent Substance Abuse: Foundations, Applications and Evaluations. **Addiction**, v. 99, n. 2: p. 63-75, 2004.

TSAI, G.; COYLE, J. T. The role of glutamatergic neurotransmission in the pathophysiology of alcoholism. **Annual Review of Medicine**, v. 49, p. 73 - 184, 1998.

TUPALA, E; TIHONEN, J. Dopamine and alcoholism: neurobiological basis of ethanol abuse. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 28, n. 8, p. 1221–1247, 2004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

TOBER, G. A Entrevista Motivacional com Jovens. In: MILLER, W. R; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

UMULIS, D.M., GURMEN, N.M., SINGH, P., FOGLER, H.S. A physiologically based model for ethanol and acetaldehyde metabolism in human beings. **Alcohol**, v. 35, n. 1, p. 3-12, 2005.

UPADHYA, S.C. ; Tirumalai, P. S.; BOYD, M. R.; Mori , T.; RAVINDRANATH, V. Cytochrome P4502E1 (CYP2E1) in brain: constitutive expression, induction by ethanol and localization by fluorescence in situ hybridization. **Archives of Biochemistry and biophysics**, v. 35, p. 23-34, 2000.

VITALIANO, P. P. et al. The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. **Multivariate Behavioral Research**, v. 20, p. 3-26, 1985.

ZAKHARI, S. Overview: how is alcohol metabolized by the body? **Alcohol Research & Health**, v. 29, n. 4: p. 245-254, 2006.

ZALESKI, M.; MORATOG. S.; DA SILVA, V. A.; LEMOS, T. Aspectos neurofarmacológicos do uso crônico e da Síndrome de abstinência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 40-42, 2004.

ZHU, S.H. TEDESCHI G.J.; ANDERSON, C.M.; PIRCE, J.P.; Telephone Counseling for Smoking Cessation: what's in a call? **Journal of Counseling e Development**, v. 75, p. 93-102, 1996.

WAGNERBERGER, KANURI & BERGHEIM. Alcohol Drinking Patterns and Nutrition in Alcoholic Liver Disease. **Trends in Alcoholic Liver Disease Research – Clinical and Scientific Aspects**, p. 1-23. 2012.

WAKEFIELD, M.; BORLAND R. Saved by the bell: the role of telephone helpline services in the context of mass-media anti-smoking campaigns. **Tobacco Control**, v. 9, n. 2, p. 148-154, 2000.

WILLIAMS, S. H. Medications for treating Alcohol dependence. **Amerina Family Physician**, v. 72, n. 9, p. 1775-80, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Library Cataloguing-in-Publication Data. **Global status report on alcohol 2004**. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html>. Acesso em: 05 fev. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics**, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics**, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

YAMAMOTO, H.; TANEGASHIMA, A.; HOSOE, H.; FUKUNAGA, T. Fatal acute alcohol intoxication in na ALDH2 heterozygote: a case report. **Firensic Science International**, v. 112, p. 201-207, 2000.

5. ARTIGO 1

Adaptação transcultural e validação de conteúdo: aplicação do Coping Behaviours Inventory – versão brasileira

Cross-cultural adaptation and validation of content: application of Coping Behaviours Inventory - Brazilian version

Adaptación transcultural y validación del contenido: aplicación de Coping Behaviours Inventory - versión brasileña

(artigo submetido para a Revista Latino Americana de Enfermagem em 16/01/2013)

RESUMO

Contexto: As estratégias de enfrentamento relacionam-se com o sucesso de abstinência do uso de álcool. No Brasil não há instrumentos que identifiquem estratégias de enfrentamento específicas para usuários de álcool. **Objetivo:** Realizar a adaptação transcultural e validação de conteúdo do *Coping Behaviours Inventory*. **Métodos:** O processo de adaptação transcultural teve os seguintes procedimentos: tradução, contra-tradução, avaliação de conteúdo e aplicação em estudo piloto. A versão final em português foi aplicada por telefone em uma amostra de 40 usuários de álcool que buscaram auxílio em um serviço gratuito por telefone. **Resultados:** A versão retraduzida aproximou-se da original. Na validação de conteúdo, a maioria dos itens obtiveram coeficiente de validade de conteúdo superior a 0,80. Referente a dimensão teórica, a concordância entre os juízes apresentou índice *Kappa* médio igual a 0,66. **Discussão e Conclusões:** Os resultados mostram-se satisfatórios e

aceitáveis, assim demonstra que a adaptação da escala está adequada para uso na língua portuguesa para atendimento por telefone.

Palavras-chave: Alcoolismo, estudos de validação.

ABSTRACT

Background: Several options for coping strategies relate directly to the success of abstinence from alcohol use. There are not instruments in Brazil to identify specific coping strategies to alcohol users. **Objective:** To perform the transcultural adaptation and content validation of the Coping Behaviours Inventory. **Methods:** The adaptation process followed the procedures described: translation, cross-translation, evaluation of content and application in a pilot study. Portuguese version delivered by telephone in a sample of 40 alcohol users seeking for help in the toll-free telephone number. **Results:** The retranslated version approached the original. The content validation, the majority of items obtained content validity coefficient greater than 0.80. Regarding the theoretical dimension the agreement among the judges presented Kappa index average 0.666. **Conclusions:** The results for the validation of the inventory show to be satisfactory and acceptable, thus demonstrates that the adaptation of scale is appropriate.

Keywords: Alcoholism, Validation Studies.

RESUMEN

Contexto: Las estrategias de afrontamiento se relacionan con el éxito de la abstinencia del consumo de alcohol. En Brasil no existen instrumentos específicos que las identifiquen. **Objetivo:** adaptación transcultural y validación

del contenido del *Coping Behaviours*. **Métodos:** El proceso de adaptación seguido los procedimientos: la traducción, cross-traducción, validación del contenido y aplicación en un estudio piloto. En este estudio, la final versión portuguesa fue administrada por vía telefónica en una muestra de 40 consumidores de alcohol que buscan ayuda en una asistencia gratuita por teléfono. **Resultados:** Una versión retraducido se acercó a la original. La validación del contenido, la mayoría de los items obtenidos coeficiente de validez de contenido superior a 0,80. La dimensión teórico el acuerdo entre los jueces sobre presentado Kappa promedio 0,666. **Conclusiones:** Los resultados para validar el CBI son satisfactorios y aceptables, lo que demuestra que la adaptación de la escala es apropiada para su uso en portugués.

Palabras clave: Alcoholismo, Adaptación, Adaptación Psicológica

Introdução

O álcool é uma das drogas mais consumidas mundialmente e responsável por uma das maiores cargas de danos à saúde⁽¹⁾. Frente aos problemas relacionados ao consumo de álcool, o desenvolvimento de habilidades dos usuários para lidar com a abstinência e com a prevenção da recaída é fundamental⁽²⁻³⁾. No processo de abstinência do álcool, assim como na prevenção da recaída, as estratégias de enfrentamento devem ser planejadas para manejar situações de risco⁽⁴⁻⁶⁾.

Estudos internacionais demonstram que, frente às situações problemáticas, os indivíduos utilizam diferentes estratégias de enfrentamento⁽⁷⁻⁹⁾. A natureza da situação, a disponibilidade de recursos e o resultado alcançado estão associados com as estratégias utilizadas. No Brasil, alguns

estudos têm aplicado escalas com o objetivo de investigar as estratégias utilizadas para o enfrentamento de situações problemáticas⁽¹⁰⁻¹²⁾. A manutenção da abstinência do uso do álcool ou a recaída podem representar uma situação de estresse⁽¹³⁾. Apesar da importância, no Brasil, não há estudos que tenham utilizado tais instrumentos em usuários de drogas. O Inventário de Comportamentos de Coping - *Coping Behaviours Inventory* (CBI) é um instrumento que se propõe a avaliar os comportamentos e pensamentos usados por usuários de álcool para prevenir, evitar ou controlar a retomada do beber. A proposta do presente estudo foi de realizar a adaptação transcultural e validação de conteúdo do CBI para aplicação no Brasil, por meio de sua tradução e contra-tradução, assim como a validação de conteúdo desta versão.

Método

O processo de adaptação transcultural e validação de conteúdo do CBI seguiu os procedimentos de Pasquali⁽¹⁴⁾, descritos abaixo e esquematizados conforme figura 1:

Etapa 1- Tradução: por tratar-se de um instrumento com características multidimensionais optou-se pela técnica de tradução reversa (*backtranslation*):

1º- Realizou-se a tradução do instrumento original (versão inglês) para o português por um brasileiro com domínio do idioma inglês.

2º- A versão traduzida (português) foi retraduzida para o idioma original por um nativo de língua inglesa com fluência na língua portuguesa. Este, não participou do 1º passo e também não conhecia o instrumento original.

Etapa 2- Consolidação da tradução: por meio do método de comitê, realizou-se a avaliação item a item das retraduições, no intuito de que fosse verificada a

proposta da versão final a qual deve se aproximar da versão original. O objetivo foi de unificar as versões de tradução e obter um consenso referente ao conteúdo explorado por cada um dos itens originais. O comitê foi composto por 3 profissionais: dois pesquisadores brasileiros com domínio da língua inglesa e atuação na área da dependência química, sendo um destes autor da versão traduzida; e, uma professora de língua inglesa com fluência na língua portuguesa.

Etapa 3- Validação de conteúdo: apenas a *backtranslation* e a consolidação das traduções não garantem a aplicabilidade do instrumento, sendo portanto, recomendado que seja investigada a clareza, a representividade e a relevância dos itens, ou seja, sua validação de conteúdo. Nesta etapa, contou-se com a colaboração de 5 juízes avaliadores, que verificaram se o teste em questão mede o que ele se propõe, pelo conteúdo. A fim de identificar itens que poderiam não estar adequados aos objetivos do instrumento, utilizou-se o coeficiente de validade de conteúdo (CVC)⁽¹⁵⁾, por não tratar-se de uma variável categórica. Este coeficiente (CVC) avalia a concordância entre os juízes. A avaliação dos itens por cada juiz é realizada mediante uma escala tipo *Likert*, onde 1= pouquíssima, 2= pouca 3= média, 4= muita e 5= muitíssima. Para os critérios 1, 2 e 3: **1-clareza de linguagem-** considera a linguagem utilizada nos itens, visando as características da população respondente, **2-pertinência prática-** considera se cada item foi elaborado a fim de avaliar o conceito de interesse em uma determinada população. Analisa se cada item possui, de fato, importância para o instrumento, **3- relevância teórica-** considera o grau de associação entre o item e a teoria. Analisa se o item está relacionado com o constructo. Além destes foi julgado um 4º critério que trata-

se da **4- dimensão teórica**- investiga a adequação de cada item à teoria, avalia se cada item demonstra pertencer a sua referente dimensão (fatores: pensamento positivo, pensamento negativo, evitação/distração e suporte social)⁽¹⁴⁾. Este último critério foi avaliado pela média do coeficiente *Kappa*, o qual possibilitou verificar a concordância entre a avaliação destes. Os critérios para interpretação do coeficiente *Kappa* utilizados foram < 0 = discordância; $0 - 0,20$ = quase nenhum; $0,20 - 0,40$ = pequeno; $0,40 - 0,60$ = moderado; $0,60 - 0,80$ = substancial; $0,80 - 1,00$ = quase perfeito⁽¹⁶⁾.

Além disso, disponibilizou-se aos juízes um espaço para observações as quais foram descritas no decorrer da avaliação como possíveis formas de melhorar cada questão.

Etapas 4- Estudo piloto: a versão final em português foi aplicada em todos os usuários de álcool que ligaram para o Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre o Uso de Drogas (VIVAVOZ), no período de julho de 2011 a agosto de 2011, para dar seguimento ao seu acompanhamento. A amostra foi composta por 40 usuários de álcool que aceitaram participar da pesquisa após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra incluiu 25 usuários do sexo masculino (62.5%) e 15 do sexo feminino (35.5%), 60% com idade entre 18 e 35 anos e 35% com idade superior a 35 anos. Destes, 71.4% tinham renda até 1.500,00 reais, 81% estavam empregados. Foram excluídos participantes que estavam sob efeito de qualquer substância psicoativa, os que não apresentavam condições cognitivas de responder e aqueles que não quiseram participar do estudo.

O objetivo da aplicação no estudo piloto foi verificar a adequação gramatical e funcional do instrumento, assim como analisar se o mesmo

demonstrava fácil compreensão tanto em relação aos itens quanto as opções de respostas. Outro aspecto averiguado foi o tempo de duração de aplicação do instrumento, que deveria ser de aproximadamente 20 minutos. A versão final do CBI foi aplicada para os usuários de álcool diante de uma chamada telefônica pró-ativa. O enunciado (instruções) do inventário foi lido seguido de cada afirmativa, assim como de cada uma das 4 opções de resposta.

Esta etapa é importante para assegurar que a versão adaptada retém sua equivalência no momento da aplicação. O processo descrito proporciona medidas de qualidade na validade de conteúdo.

O estudo trata-se de uma etapa do projeto nº10-656 “Identificação das Estratégias de Enfrentamento Utilizadas por Usuários de Álcool no Processo de Abstinência em um Serviço de Aconselhamento Telefônico” encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) em 28/10/2010. O consentimento livre esclarecido foi realizado verbalmente por tratar-se de atendimento por meio de telefone.

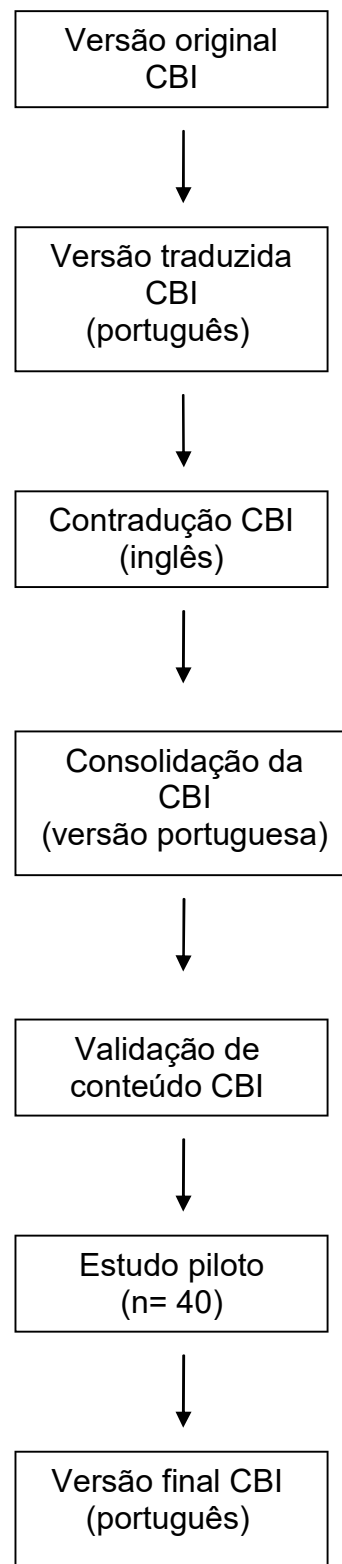


Figura 1: Fluxograma das etapas de adaptação transcultural e validação de conteúdo do *Coping Behaviours inventory* (CBI)

Resultados

Na etapa 1, ao realizar a retradução, observou-se que os itens do instrumento estrangeiro se mostraram extremamente semelhantes aos do instrumento retraduzido. Isso demonstra que a versão retraduzida se aproxima da original.

Na etapa 2, analisaram-se os pontos convergentes e divergentes das traduções e foi possível perceber a necessidade de algumas alterações para adaptação à população em questão. Nesta verificação, o comitê de avaliadores realizou alterações em alguns itens na versão traduzida quadro 1.

Na etapa 3, foi realizada a validação de conteúdo com o objetivo de verificar a adequação da versão traduzida e adaptada do CBI. Procedeu-se a exploração dos escores obtidos dos juízes avaliadores sobre o instrumento, segundo princípios matemáticos⁽¹⁵⁾. A maioria dos itens obteve CVC > 0,80, o que demonstra que as questões do instrumento são satisfatórias e aceitáveis. Nas questões em que o coeficiente foi inferior a 0,80, optou-se por uma reformulação baseada nas considerações sugeridas pelos juízes avaliadores. A Tabela 1 mostra os escores do CVC para cada item com relação aos três critérios avaliados (clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica), antes da reformulação final.

CBI versão original	Tradução	Contra tradução (Backtranslation)	CBI versão portugues
1. Thinking about how much better off I am without drinking.	1. Pensando sobre quanto melhor eu sou sem beber.	1. Thinking hinking about how much better I am when I don't drink.	1. Pensar sobre o quanto melhor eu sou sem beber.
2. Telephoning a friend	2. Telefonando para um amigo.	2. Telephoning a friend.	2. Telefonar para um amigo.
3. Keeping in the company of non drinkers.	3. Mantendo-se em companhia dos não bebedores.	3. Keeping company with non drinkers.	3. Manter-me em companhia de pessoas que não bebem.
4. Thinking positively	4. Pensar positivamente.	4. Thinking positively.	4. Pensar positivamente.
5. Thinking of the mess I've got myself into through drinking.	5. Pensando na confusão em que eu me meti bebendo.	5. Thinking of the mess that I have in me through drinking.	5. Pensar nos problemas em que eu me meti bebendo.
6. Stopping to examine my motives and eliminating the false ones.	6. Parando para examinar meus motivos e eliminando as mentiras.	6. Stopping to examine my motives and eliminating lies.	6. Examinar meus motivos para cessar o uso de álcool e não mentir sobre meu consumo.
7. Thinking of the promises I've made to others.	7. Pensando nas promessas que fiz para outros.	7. Thinking of the promises I have made to others.	7. Pensar nas promessas que fiz aos outros para parar de beber.
8. Staying indoors - hiding	8. Ficar dentro de casa - se escondendo.	8. Staying at home hiding.	8. Ficar dentro de casa me escondendo.
9. Pausing and really thinking the whole alcoholic cycle through.	9. Parar e realmente pensar todo o ciclo do uso do álcool.	9. Stop and really thinking about the whole cycle of the use of alcoholic.	9. Parar e realmente pensar todo o ciclo do uso do álcool.
10. Leaving my money at home.	10. Deixando meu dinheiro em casa.	10. Leaving my money at home.	10. Deixar meu dinheiro em casa.
11. Recognizing that life is no bed of roses but drink is not the answer.	11. Reconhecendo que a vida não é um mar de rosas, mas beber não é a resposta.	11. Recognizing that life is not a bed of roses but drinking is not the answer.	11. Reconhecer que a vida não é feita somente de coisas boas, mas beber não é a resposta.
12. Going to an A.A. meeting.	12. Ir a uma reunião do A.A.	12. Going to an A.A. meeting.	12. Ir a uma reunião de grupo de auto ajuda como Alcoólicos Anônimos.
13. Knowing that by not drinking I can show my face again without fear of what others will think.	13. Sabendo que por não beber eu posso mostrar o meu rosto sem medo do que os outros vão pensar.	13. Knowing that by not drinking I can show my face without fear of what others will think.	13. Saber que por não beber eu posso aparecer para as pessoas e mostrar o meu rosto sem medo do que os outros vão pensar.
14. Cheering myself up by buying myself something special instead.	14. Animando-me e comprando algo especial em vez da bebida.	14. Supporting myself I can buying myself something special instead of alcohol.	14. Me animar ou comprar algo especial em vez da bebida.
15. Facing up to my bad feelings instead of trying to drown them.	15. Enfrentando os meus sentimentos ruins em vez de tentar afogá-los.	15. Facing my bad feelings instead of trying to drown them.	15. Enfrentar os meus sentimentos ruins ao invés de tentar "afogá-los"/ esquecê-los.
16. Working harder.	16. Trabalhando duro.	16. Working harder.	16. Trabalhar duro.
17. Realizing it's just not worth it.	17. Percebendo que simplesmente não vale à pena.	17. Realizing that it simply isn't worth it.	17. Perceber que simplesmente não vale a pena beber.
18. Waiting it out until everything is shut.	18. Esperando até que tudo esteja fechado.	18. Waiting until everything is closed.	18. Esperar até que todos os locais onde vendem bebidas estejam fechados.

Quadro 1: CBI versão original, tradução, contra tradução (Backtranslation) e CBI versão em português

19. Remembering how I've let my friends and family down in the past.	19. Lembrando como eu deixei minha família e amigos para baixo no passado.	19. Remembering how I've let my friends and family down in the past.	19. Lembrar como eu deixei minha família e amigos “para baixo”, mal, triste, em situações difíceis no passado.
20. Keeping away from people who drink.	20. Mantendo-me longe das pessoas que bebem.	20. Keeping myself far away from people who drink.	20. Manter-me longe das pessoas que bebem.
21. Going for a walk.	21. Indo para uma caminhada.	21. Going for a walk.	21. Fazer uma caminhada.
22. Looking on the bright side and trying to stop making excuses for myself.	22. Olhando o lado bom e tentando parar de inventar desculpas para mim mesmo.	22. Looking on the bright side and trying to stop making excuses for myself.	22. Olhar o lado bom de parar com o uso de álcool e tentar parar de inventar desculpas para mim mesmo.
23. Realizing it's affecting my health	23. Percebendo que está afetando minha saúde.	23. Realizing that drinking was affecting my health.	23. Perceber que o uso do álcool está afetando minha saúde.
24. Start doing something in the house.	24. Começando a fazer algo em casa.	24. Start doing something at home.	24. Começar a fazer alguma atividade em casa para me distrair e evitar o uso do álcool.
25. Considering the effect it will have on my family.	25. Considerando os efeitos que terá na minha família.	25. Considering the effect that drinking could have on my family.	25. Considerar os efeitos que o uso do álcool terá na minha família.
26. Reminding myself of the good life I can have without drink.	26. Lembrando-me da boa vida que eu poderia ter sem beber.	26. Reminding of the good life that I could have without drinking.	26. Lembrar da boa vida que eu poderia ter sem beber.
27. Getting in touch with old drinking friends who are better now.	27. Fazendo contato com antigos companheiros que bebiam e estão recuperados agora.	27. Entering in contact with old friends that drank and are better now.	27. Fazer contato com amigos antigos que bebiam e estão recuperados agora.
28. Making up my mind that I'm going to stop playing games with myself.	28. Decidindo que eu vou parar de brincar comigo mesmo.	28. Put it in my mind that I will stop playing with myself.	28. Decidir que eu vou parar de “brincar” comigo mesmo.
29. Eating a good meal.	29. Comendo uma boa refeição.	29. Eating a good meal.	29. Comer uma boa refeição.
30. Avoiding places where I drank.	30. Evitando lugares onde eu bebia.	30. Avoiding places where I drank.	30. Evitar lugares onde eu bebia.
31. Thinking about all the people who have helped me.	31. Pensando em todas as pessoas que me ajudaram.	31. Thinking of all the people that have helped me.	31. Pensar que posso decepcionar as pessoas que me ajudaram.
32. Saying I am well and wish to stay so.	32. Dizendo que estou bem e desejo continuar assim.	32. Saying that I am good and would like to stay that way	32. Dizer que estou bem e desejo continuar assim.
33. Going to sleep.	33. Indo dormir.	33. Going to sleep.	33. Ir dormir.
34. Remembering how it has affected my family.	34. Lembrando como isso afetou a minha família.	34. Remembering about how this affected my family.	34. Lembrar de como isso afetou a minha família.
35. Forcing myself to go to work.	35. Forçando-me a ir ao trabalho.	35. Forcing myself to go to work.	35. Forçar-me a ir ao trabalho.
36. Trying to face life instead of avoiding it	36. Tentando enfrentar em vez de evitar a vida.	36. Trying to face life rather than avoiding it.	36. Tentar enfrentar a vida ao invés de evitar a vida.

Quadro 1: CBI versão original, tradução, contra tradução (Backtranslation) e CBI versão em português (continuação)

Itens CBI	Clareza de linguagem (cvc)	Pertinência (cvc)	Relevância teórica (cvc)	Dimensão teórica			
				P P	P N	E/D	SS
1. Pensar sobre o quanto melhor eu sou sem beber.	0,72	0,96	0,92	4	1		
2. Telefonar para um amigo.	0,76	0,80	0,80				5
3. Manter-me em companhia de pessoas que não bebem.	0,92	0,96	0,96				5
4. Pensar positivamente.	0,88	0,84	0,88	4			1
5. Pensar nos problemas em que eu me meti bebendo.	0,84	0,88	0,84	1	4		
6. Examinar meus motivos para cessar o uso de álcool e não mentir sobre meu consumo.	0,72	0,76	0,80	4	1		
7. Pensar nas promessas que fiz aos outros para parar de beber.	0,88	0,84	0,80	3	2		
8. Ficar dentro de casa me escondendo.	0,88	0,88	0,92			5	
9. Parar e realmente pensar todo o ciclo do uso do álcool.	1,00	1,00	1,00	3	2		
10. Deixar meu dinheiro em casa.	0,92	0,96	0,92			5	
11. Reconhecer que a vida não é feita somente de coisas boas, mas beber não é a resposta.	1,00	0,96	0,92	4	1		
12. Ir a uma reunião de grupo de auto ajuda como Alcoólicos Anônimos.	1,00	1,00	1,00				5
13. Saber que por não beber eu posso aparecer para as pessoas e mostrar o meu rosto sem medo do que os outros vão pensar.	1,00	0,96	0,96	5			
14. Me animar ou comprar algo especial em vez da bebida.	1,00	0,88	0,84	1		4	
15. Enfrentar os meus sentimentos ruins ao invés de tentar "afogá-los"/ esquecer-los.	0,96	1,00	0,92	4	1		
16. Trabalhar duro.	0,92	0,92	0,92			5	
17. Perceber que simplesmente não vale a pena beber.	0,80	0,88	0,96	4	1		
18. Esperar até que todos os locais onde vendem bebidas estejam fechados.	0,68	0,64	0,60*			5	
19. Lembrar como eu deixei minha família e amigos "para baixo", mal, triste, em situações difíceis no passado.	0,96	0,96	0,96		5		
20. Manter-me longe das pessoas que bebem.	1,00	1,00	1,00				5
21. Fazer uma caminhada.	0,92	0,88	0,92			5	
22. Olhar o lado bom de parar com o uso de álcool e tentar parar de inventar desculpas para mim mesmo.	0,96	1,00	1,00	5			
23. Perceber que o uso do álcool está afetando minha saúde.	1,00	0,96	0,92	2	3		
24. Começar a fazer alguma atividade em casa para me distrair e evitar o uso do álcool.	0,84	0,92	0,92			5	
25. Considerar os efeitos que o uso do álcool terá na minha família.	0,80	0,96	0,92	1	4		
26. Lembrar da boa vida que eu poderia ter sem beber.	1,00	1,00	0,96	4		1	
27. Fazer contato com amigos antigos que bebiam e estão recuperados agora.	1,00	1,00	1,00				5
28. Decidir que eu vou parar de "brincar" comigo mesmo.	0,88	0,88	0,84	4	1		
29. Comer uma boa refeição.	0,84	0,88	0,92			5	
30. Evitar lugares onde eu bebia.	1,00	1,00	1,00			5	
31. Pensar que posso decepcionar as pessoas que me ajudaram.	0,96	0,92	0,92	5			
32. Dizer que estou bem e desejo continuar assim.	1,00	0,92	0,92	5			
33. Ir dormir.	0,80	0,80	0,76			5	
34. Lembrar de como isso afetou a minha família.	1,00	0,96	0,92		5		
35. Forçar-me a ir ao trabalho.	0,96	0,92	0,92			5	
36. Tentar enfrentar a vida ao invés de evitar a vida.	0,96	0,92	0,92	4		1	
TOTAL	0,91	0,92	0,91				

Tabela 1: Resultados da avaliação dos juizes (n= 5) na etapa de validação do conteúdo

PP= pensamento positivo; PN= pensamento negativo; E/D= evitação/distração; SS= suporte social.

Em relação a avaliação da dimensão teórica, calculado pelo coeficiente *Kappa*, observou-se que o valor médio deste coeficiente caracterizou-se como nível de concordância “substancial” ($K_{\text{médio}} = 0,660$)⁽¹⁶⁾. Assim, os dados referentes a validação de conteúdo apontam que a escala está adequada para aplicação coletiva de usuários de álcool da população brasileira.

Etapas 4— Estudo piloto: ao ser aplicado o enunciado (instruções) do instrumento traduzido e retraduzido, percebeu-se uma dificuldade por parte dos participantes em compreendê-lo. Houve necessidade de uma adaptação para aplicação por telefone. A seguir, demonstra-se a primeira versão do enunciado traduzido e contra-traduzido e a versão final adaptada ao serviço de teleatendimento.

1º Versão traduzida e contra-traduzida: “Se há momentos em que você quer começar a beber de novo, como você mesmo tenta parar? Aqui está uma lista de maneiras que algumas pessoas tentaram utilizar para parar com o uso. Qual destas maneiras você tentou? Há quatro opções: normalmente, muitas vezes, às vezes e nunca. Por favor, circule o número que está mais próximo de quantas vezes você já usou esses meios para parar de começar a beber novamente. Não há respostas certas ou erradas ou perguntas enganosas. Queremos saber o que você tentou”.

2º Versão adaptada a realidade da população em estudo (final): “Irei citar algumas estratégias vivenciadas por usuários de álcool que podem auxiliá-lo a parar com o uso. Queremos saber o que você já tentou utilizar ou utiliza como estratégias de enfrentamento. Há quatro opções de respostas: 0= normalmente, 1= muitas vezes, 2= às vezes e 3= nunca. Escolha o número que está mais próximo de quantas vezes já usou essas estratégias para parar de

beber ou evitar o uso novamente. Não há respostas certas ou erradas. Qual dessas estratégias você usou para parar de consumir o álcool?”.

Outra questão referida pelos participantes foi em relação às opções de respostas, pois alguns indivíduos apresentaram dificuldades em compreender que a opção de resposta “normalmente” significa “utilizar determinadas estratégias com maior frequência” do que a resposta “muitas vezes”. As autoras optaram por acrescentar uma observação, logo abaixo do enunciado, referente a explicação de que “normalmente” corresponde a uma frequência maior que “muitas vezes”. A aplicação do instrumento por telefone demandou aproximadamente 20 minutos.

Discussão

As estratégias de enfrentamento são um dos determinantes mais importantes na manutenção e na busca da abstinência do uso de álcool, que podem variar de acordo com o ambiente ou situação de risco a que o indivíduo se expõe⁽¹⁷⁾. O fato de se averiguar estratégias específicas que auxiliam a população de usuários de álcool pode facilitar o tratamento destes indivíduos e colaborar para um melhor planejamento do processo de parada do uso, assim como prevenir a recaída. Diante disso, a necessidade de um instrumento para identificar estratégias utilizadas especificamente por usuários de álcool, na população brasileira, demonstra a relevância do trabalho proposto.

O estudo realizou a adaptação transcultural do CBI para aplicação no Brasil, por meio de sua tradução, contra-tradução, avaliação de conteúdo e estudo piloto. Desse modo foi possível adaptar à realidade da população brasileira uma escala validada em outros países^(13,15), que aborda questões

específicas de estratégias de enfrentamento para prevenção de recaída do uso do álcool.

Constatou-se que as etapas de tradução e contra tradução (*backtranslation*) da versão original do CBI foram criteriosas e alcançaram um bom resultado da versão em português. Houve atenção especial por parte das autoras para não utilizar expressões com influências regionais ou gírias utilizadas por dependentes químicos, pois, comumente estas modificam-se ao longo do tempo. Alguns ajustes foram necessários para adaptação cultural, facilitados pela colaboração da equipe de juízes avaliadores e participantes do estudo piloto. O fato de os juízes avaliadores formarem um grupo multidisciplinar e com experiência na abordagem a dependentes químicos foi de extrema importância para a obtenção de uma avaliação criteriosa e de qualidade.

Observou-se o quanto foi importante no processo de adaptação transcultural a aplicação do estudo piloto para uma avaliação mais precisa da clareza e nível de objetividade do instrumento. Neste estágio, foi possível a identificação de limitações no estudo, pois houve dificuldades por parte da população participante em recordar as opções de respostas do instrumento. Diante disso, optou-se pela repetição destas opções ao final de cada afirmativa. A dificuldade em lembrar tais opções pode servir de reflexão, pois o grupo foi formado por usuários de álcool que bebiam por um período superior a 5 anos. Problemas de deficiência cognitiva são bastante comuns entre usuários de álcool, o que pode sugerir a dificuldade em memorizar as opções de resposta. O uso indevido de álcool pode provocar lesões difusas no cérebro, e mesmo havendo uma melhora destes prejuízos na abstinência, algumas

perdas cognitivas podem persistir por anos prejudicando o recordatório dos entrevistados⁽¹⁶⁾.

A adaptação transcultural é o primeiro passo do processo de validação de uma escala²¹. A validação de conteúdo complementou e proporcionou maior consistência a este processo. As autoras sugerem que seja realizada também uma avaliação das propriedades psicométricas do CBI versão português com fins de alcançar todas as etapas que são necessárias para validação.

No Brasil, existem estudos que propõe medir estratégias de enfrentamento e utilizam instrumentos validados na população brasileira, no entanto, não são específicos para dependentes químicos. Este aspecto é extremamente relevante, pois, sabe-se que dependentes de álcool tem maior dificuldade de treinar tais habilidades para parar o uso⁽¹⁷⁾. Para que se possa elaborar um plano de ação proporcionando ao indivíduo maneiras adicionais de enfrentar situações desencadeantes ao ato do beber, é fundamental que conheçamos o perfil dos usuários, quais estratégias são mais utilizadas e destas quais tem colaborado para obtenção da abstinência. Mediante ao CBI versão português foi possível identificar estas estratégias e verificar se as mesmas se tornam mais frequentes ou não no decorrer do tratamento. Assim, será possível a idealização de programas que visem à prevenção da recaída e a manutenção da abstinência.

O método para adaptação transcultural e validação de conteúdo deve ser adequado e criterioso para que não ocorra uma grande diferença da versão original para a traduzida ou, até mesmo, uma tradução tendenciosa. Consideramos fundamental que haja a descrição de todas as etapas seguidas: tradução, consolidação da tradução, validação de conteúdo e estudo piloto, a

fim de assegurar aos leitores que o instrumento apresentado avalia adequadamente os objetivos propostos pelo estudo.

A versão portuguesa do CBI manteve o nome original em inglês acrescido “versão brasileira”. Foi aplicado em um estudo piloto composto por 40 indivíduos e demonstrou-se de fácil aplicação por telefone, em um curto espaço de tempo. O fato de ter sido aplicado na população em que se pretende utilizar o instrumento é um fator positivo na adaptação do instrumento.

Recomenda-se que estudos futuros realizem as etapas referentes as propriedades psicométricas do instrumento visto que, a busca da manutenção da abstinência, sob a perspectiva da prevenção da recaída, demanda da identificação de que as habilidades de enfrentamento proporcionam maneiras alternativas de suprir as necessidades satisfeitas pelo uso do álcool. Identificá-las possibilita um melhor planejamento de parada do uso e assim reduz as chances do indivíduo voltar a beber. Deste modo, é possível elaborar um plano de ação específico para dependentes químicos e proporcionar aos indivíduos maneiras adicionais de enfrentar situações desencadeadoras do ato de beber.

Conclusão Pode-se concluir que, após os procedimentos descritos, o CBI versão brasileira apresentou concordância na tradução e índices de validade de conteúdo satisfatórios para a aplicação no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health; 2011. [acesso em 2013 fev]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html

2. Marlatt GA, Donovan DM, cols. Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
3. Monti PM, Kadden RM, Rohsenow DJ, Cooney NL, Abrams DB. Tratando a dependência de álcool: um treinamento das habilidades de enfrentamento. 2. ed. São Paulo: Roca; 2005.
4. Littmann GK, Stapleton J, Oppenheim AN, Peleg M. An Instrument for Measuring Coping Behaviours in Hospitalized Alcoholics: Implications for Relapse Prevention Treatment. *British Journal of addiction*. 1983; 78: 269-276.
5. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, de Longis A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50: 571-579.
6. Sealock MD, Manasse M. An uneven playing field: The impact of strain and coping skills on treatment outcomes for juvenile offenders. *Journal of Criminal Justice*. 2012; 40: 238–248.
7. Dolan SL, Rohsenowb DJ, Martin RA, Monti PM. Urge-specific and lifestyle coping strategies of alcoholics: Relationships of specific strategies to treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013; 128: 8-14.
8. Montel S, Albertini L, Spitz E. Coping strategies as related to medical and demographic data in amyotrophic lateral sclerosis. *Acta Neurol Scandv*. 2012; 125:136–141.
9. Creecha SK, Borsari B. Alcohol use, military sexual trauma, expectancies, and coping skills in women veterans presenting to primary care. 2013; “in press”.

10. Leite FMC, Amorim MHC, Castro DS, Cândida CP. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(2): 211-7.
11. Júnior Wp, Zanini Ds. Pacientes Em Radioterapia: Um Estudo De Coping. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2012; 13 (2): 480 – 493
12. Valcanti CC, Chaves ECL, Mesquita AC, Nogueira DA, Carvalho EC. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012; 46(4): 837-843.
13. Sinha R. The role of Stress in Addiction Relapse. *Curr. Psychiatry Rep.* [internet]. 2007 [acesso em 2010 mar 31]; 9:388-395. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/n165188655823335/>. Acesso em: 31 de março de 2010.
14. Pasquali L. Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Prática. 1ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
15. Hernández-Nieto RA. Contribuciones al análisis estadístico. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes/IESINFO; 2002.
16. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977; 33(1):159-174.

6 ARTIGO 2

Intervenção Breve Motivacional por Telefone: Estratégias de Enfrentamento (*Coping*) para Cessação do Uso de Álcool

(Artigo será submetido para Revista de Psiquiatria Clínica do Rio Grande do Sul)

Brief Motivational Intervention by phone: Coping Skills to stop the use of alcohol

Intervenção Breve Motivacional e Estratégias de Enfrentamento (*Coping*)

Hilda Maria Rodrigues Moleda Constant¹, Luciana Rizzieri FIGUEIRÓ², Luciana SIGNOR³, Simone FERNANDES⁴, Helena Maria Tanhauser BARROS⁵, Maristela FERIGOLO⁶

1 Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Supervisora do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre Prevenção do Uso de Drogas (VIVAVOZ), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

2 Biomédica, Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Patologia da UFCSPA, Supervisora do VIVAVOZ, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

3 Farmacêutica, Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde UFCSPA, Supervisora do VIVAVOZ, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

4 Psicóloga, Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UFCSPA, Supervisora do VIVAVOZ, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

5 Pós-Doutora em Neuropsicofarmacologia, Professora Titular do Departamento de Farmacologia da UFCSPA, Coordenadora do VIVAVOZ, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

6 Doutora em Ciências Médicas, Coordenadora do VIVAVOZ, Farmacêutica UFCSPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Departamento de Farmacologia e Toxicologia- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre- UFCSPA.

Endereço para correspondência: Hilda Maria Rodrigues Moleda.

Universidade Federal de ciências da Saúde de Porto Alegre- UFCSPA- Departamento de Farmacologia e Toxicologia- Serviço Nacional de Informação e Orientações Sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas- VIVAVOZ Rua Sarmiento Leite, nº 245 sala 316 – Porto Alegre, RS, Brasil. Telefone: (51) 33038764. E-mail: hmoleda@hotmail.com

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD – Ministério da Justiça.

Sem conflito de interesse.

Resumo

INTRODUÇÃO: O aconselhamento por meio da intervenção breve motivacional (IBM) visa à mudança de comportamento dos usuários de substâncias psicoativas. Nessa abordagem é possível planejar estratégias de enfrentamento para situações de risco que auxiliam na manutenção da abstinência.

OBJETIVO: Verificar se a IBM aumenta a frequência das estratégias de enfrentamento utilizadas para cessar o consumo de álcool.

MÉTODO: Os participantes foram alocados em: grupo intervenção (IBM) e controle (perguntas fechadas e informações). A pesquisa foi conduzida por telefone e incluiu questionário sobre características sociodemográficas, avaliação do consumo de álcool, avaliação de dependência de álcool, escala de contemplação Ladder e versão adaptada ao português do *Coping Behaviours Inventory* (CBI), este último aplicado em dois momentos.

RESULTADOS: Dos 456 indivíduos que preencheram os critérios de inclusão para o estudo e foram randomizados, 105 seguiram acompanhamento durante seis meses. Dos incluídos, a maioria era do sexo masculino (78,4%), solteiros, separados ou viúvos (67,7%) e com idade média igual a 31,1 anos ($dp = 9,56$). Ao final do acompanhamento, passaram a utilizar mais frequentemente pensamento positivo e menos evitação/distração como estratégia de enfrentamento, independentemente do grupo, ($p = 0,001$ para ambos). Além disso, 76% dos usuários pararam ou diminuíram o uso de álcool.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Tanto o grupo IBM quanto o grupo controle utilizaram mais frequentemente estratégias de pensamento positivo.

Os dados reforçam a necessidade de estudos com amostras maiores e por um período mais longo.

Palavras-chave: Alcoolismo, Estudos de Intervenção, Transtornos Relacionados ao uso de Substâncias.

Abstract

INTRODUCTION: The counseling through brief motivational intervention (IBM) aims to change the behavior of drug users. In this approach we can devise coping strategies for risk situations that assist in maintaining abstinence.

OBJECTIVE: To determine if the IBM increases the frequency of coping strategies used to stop the consumption of alcohol.

METHOD: Participants were allocated to: intervention group (IBM) and control. The survey was conducted by telephone and included a questionnaire on sociodemographic characteristics, assessment of alcohol consumption, assessment of alcohol dependence, scale contemplation ladder and a Portuguese version of the Coping Behaviours Inventory (CBI) (applied on two occasions).

RESULTS: Of the 456 individuals who met the inclusion criteria for the study and were randomized, 105 monitoring followed for six months. Those included, the majority were male (78.4%), unmarried, divorced or widowed (67.7%) with mean age of 31.1 years (SD = 9,56). At the final follow-up, began to use more often positive thinking and less avoidance / distraction as a coping

strategy, regardless of group ($p = 0.001$ for both). Furthermore, 76% of users have stopped or decreased alcohol use.

DISCUSSION AND CONCLUSION: Both the IBM group and the control group were more often positive thinking strategies. The data reinforce the need for larger studies and for a longer period.

Keywords: Alcoholism, Intervention Studies, Substance-Related Disorders.

Introdução

O uso nocivo do álcool remete a um importante problema de saúde pública havendo a necessidade de alternativas de tratamento que alcancem a maioria dos usuários.¹ O auxílio por telefone é uma opção de fácil acesso para a população sendo que a eficácia desta intervenção já é conhecida.² Neste atendimento, pode ser abordado o aconselhamento por meio da intervenção breve motivacional (IBM) que visa à mudança de comportamento do usuário a partir do trabalho de estratégias de enfrentamento que já são utilizadas por ele, ou virão a ser, para situações de risco de consumo de drogas, a fim de planejar a parada do uso e a prevenção da recaída.³

A recaída, ou retorno ao padrão de consumo anterior de álcool, faz parte do processo de mudança e, muitas vezes, é o modo como a pessoa aprende e recomeça o tratamento de forma mais consciente.^{3,4} No entanto, é difícil para o usuário entender a recaída desta forma. Retornar ao padrão de comportamento de não uso se torna pouco provável sem um auxílio especializado. Com o objetivo de tratar o problema da recaída do uso de

substâncias psicoativas e gerar técnicas para prevenir ou manejar sua ocorrência, o modelo de prevenção de recaída tem sido amplamente utilizado.⁴ Esta abordagem visa identificar situações de risco e utilizar estratégias de enfrentamento cognitivas e comportamentais para manejar estas situações. O fator mais importante para evitar a recaída é a capacidade do indivíduo em utilizar estratégias de enfrentamento (*coping*) efetivas ao lidar com situações de alto risco. Assim, a continuação da abstinência após a parada do uso está relacionada ao número e frequência de estratégias de enfrentamento utilizadas bem como sua eficácia. As estratégias de enfrentamento podem ser eficazes desde que haja flexibilidade à mudança.⁴

No Brasil, utiliza-se tanto o termo 'enfrentamento' quanto '*coping*' referindo-se ao modo como o indivíduo lida com uma situação adversa ou estressora. Folkman e Lazarus (1985) o definem como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais direcionados para o manejo de demandas específicas. Esses autores acreditam que o organismo e o ambiente podem ser mediados pela avaliação cognitiva e o enfrentamento. Portanto trata-se de um processo dinâmico e multidimensional.⁵

Nesta perspectiva há uma expressiva produção de pesquisa em relação ao assunto. No entanto, ainda existem discussões em torno de questões conceituais e metodológicas no sentido de como mensurar as estratégias de enfrentamento.^{6,7,8} Autores avaliam as diferentes estratégias baseando-se na classificação de estratégias focalizadas na emoção (esforços relacionados a sentimentos ou para regular/mudar estados emocionais) e no problema (age na origem do estresse, alterando o problema existente).^{5,6-9} Todavia, atualmente é comum estudos utilizarem como distinção para os tipos de estratégias

diferentes categorias. Para investigar estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos em situações específicas, existem diferentes questionários.¹⁰ O *Coping Behaviours Inventory*¹⁰ avalia as estratégias de enfrentamento específicas para usuários de álcool que buscam parar o consumo. O instrumento mensura as estratégias segundo suas categorias, chamadas pelos autores de fatores. Os fatores seguem a seguinte classificação: **pensamento positivo** (estratégias cognitivas, pensamentos que os usuários utilizam a fim de evitar o consumo de álcool, por ex: pensar o lado bom de parar de beber); **pensamento negativo** (também são consideradas estratégias cognitivas, no entanto pensamentos de algo ruim do uso de álcool, ex: pensar nos prejuízos de usar o álcool), **evitação/distração** (estratégias comportamentais, desviar-se/ esquivar-se de situações que possam representar risco para a recaída ou atividades/tarefas para ocupar-se, por ex: evitar encontrar pessoas que bebem/sair para caminhar) e **suporte social** (estratégias comportamentais, buscar apoio de uma rede- família, amigos, grupos de autoajuda, profissionais- para evitar o consumo de álcool, ex: ligar para um amigo). O presente estudo baseou-se nesta classificação para a avaliação das estratégias de enfrentamento utilizadas por usuários de álcool.¹⁰

Ao se identificar uma estratégia de enfrentamento e entender sua função, é possível intervir treinando-se habilidades e substituindo estratégias que não funcionam por outras mais eficazes.⁴ Um aspecto importante é o fato de que para cada situação há estratégias mais adequadas para se obter resultados positivos. A ideia de trabalhar questões específicas para o perfil do usuário é considerada um facilitador em todo o processo terapêutico, assim como na sua adesão ao tratamento. A partir da identificação destas estratégias,

é possível um melhor planejamento de toda terapêutica do processo de parada do uso, bem como da manutenção da abstinência. O objetivo deste estudo foi verificar se a IBM aumenta a frequência de utilização de estratégias de enfrentamento para a cessação do consumo de álcool na população que procurou auxílio em um serviço de telemedicina.

Método

Participantes

Foram incluídos na pesquisa todos os usuários de álcool que ligaram para o o Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre Prevenção do Uso de Drogas-VIVAVOZ, no período de outubro de 2011 a outubro de 2012, que tinham a intenção de parar o uso e que, após a leitura do termo de consentimento livre esclarecido, aceitaram participar do estudo, totalizando n= 456 indivíduos. Foram excluídos n=351 participantes que estavam sob o efeito do álcool, os que não apresentaram condições cognitivas para responder os questionários, aqueles que não quiseram participar do estudo e os que não deram continuidade ao acompanhamento realizado por seis meses. Permaneceram em estudo 105 indivíduos sendo estes randomizados em dois grupos. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre- UFCSPA sob o parecer de nº 1215/10.

Procedimentos

Foi realizado um ensaio clínico randomizado. Após a autorização do usuário de álcool para participar do estudo, um *software* específico criado especialmente para o serviço para efetuar a randomização que possibilitou a alocação dos indivíduos da amostra de forma aleatória para os grupos controle e Intervenção.

O VIVAVOZ presta aconselhamento telefônico para usuários de drogas e seus familiares e utiliza a IBM como ferramenta para aumentar a motivação para mudança de comportamento e planejar a parada do uso. Ao ligar para o Serviço, o cliente foi atendido como grupo controle ou grupo IBM seguindo fluxograma de atendimento (figura1).

No grupo Intervenção, os usuários receberam aconselhamento (IBM) com tempo de atendimento aproximado de 60 minutos, compreendendo o aconselhamento (30 min) e a aplicação de escalas de triagem e questionários de avaliação de consumo. No grupo controle, os usuários receberam informações e orientações sobre drogas e o tempo de atendimento, incluindo a aplicação das mesmas escalas, foi de aproximadamente 40 minutos.

Posteriormente, em ambos os grupos, foram combinadas datas de seguimento com o cliente para dar continuidade ao acompanhamento no Serviço, que teve duração de seis meses. Estes seguimentos foram agendados conforme a data que o cliente marcou para parar de utilizar a droga. Os seguimentos foram em 1, 3, 7, 30, 60, 90 e 180 dias. Além disso, foi enviado pelo correio uma carta confirmando as datas para o seguimento e o material de apoio composto de cartilhas confeccionadas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.¹¹

Nas ligações de seguimento de 7 dias e de 6 meses, ou seja, no início e ao final do acompanhamento, foi aplicado o CBI.¹⁰ Quando não ocorriam as ligações reativas (clientes não retornavam as ligações de seguimento), eram realizadas ligações pró ativas (ligações realizadas pelo Serviço para os clientes) por consultores assistentes do estudo.

A coleta de dados foi realizada por consultores (acadêmicos de graduação da área da saúde), capacitados para aplicação das escalas e intervenção. O treinamento foi de responsabilidade de profissionais especialistas no tema do abuso de drogas e nos métodos aplicados nos atendimentos telefônicos. Ocorreu em três módulos (treinamento teórico, prático e continuado) com duração total de 170h, a coleta sempre esteve sob supervisão destes profissionais.¹²

Instrumentos

Uma entrevista semiestruturada foi aplicada por telefone e incluiu questionários sobre dados sociodemográficos, avaliação do consumo e dependência, escala para avaliar o estágio motivacional do cliente e inventário para identificar as estratégias de enfrentamento. Por meio do *software* desenvolvido para o atendimento no serviço foram registrados os dados gerais e os dados sociodemográficos do cliente. A avaliação do consumo de álcool e outras drogas foi realizada pelo questionário para avaliação do consumo que teve como objetivo caracterizar a quantidade, a frequência e o padrão de uso de drogas. Foram investigados: uso na vida (pelo menos uma vez na vida ou uso experimental); uso no ano (pelo menos uma vez nos últimos doze meses);

uso no mês (pelo menos uma vez nos últimos trinta dias); frequência do uso no último mês (uso diário: 5 ou mais vezes por semana; uso semanal: de 1 a 3 vezes por semana; menor que semanal: de 1 a 3 vezes por mês) e quantidade do uso em um mesmo dia (o quanto geralmente usou em um mesmo dia). Para investigar estes aspectos, foi utilizado um questionário baseado nos levantamentos sobre o uso de drogas, o qual tem sido amplamente utilizado no Brasil e elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).^{13,14}

Quanto a avaliação da dependência de álcool e outras drogas empregou-se o instrumento elaborado pela *National Household Surveys on Drug Abuse* (NHSDA). Este questionário considera o usuário como dependente quando o mesmo responde afirmativamente a pelo menos dois dos seis seguintes critérios: no último ano gastou grande parte do tempo com a droga por um mês ou mais; usou drogas mais frequentemente ou em quantidades maiores; necessitou de maiores quantidades da droga; esteve em situações de riscos físicos; teve algum problema pessoal pelo uso de drogas; quis diminuir ou parar o uso da droga (SAMHSA, 1999).¹⁵

Para investigar a prontidão para a mudança de comportamento foi utilizada a escala de Contemplação *Ladder*. Esta foi adaptada às condições do Serviço (aconselhamento por telefone), para o idioma português, a fim de avaliar a motivação dos dependentes para parar de consumir drogas.¹⁶

No intuito de identificar as estratégias de enfrentamento usadas pelos dependentes de álcool para parar o consumo foi empregado o CBI que foi adaptado para a aplicação por telefone e para a população brasileira. O inventário aborda aspectos do enfrentamento especificamente associados ao consumo de álcool. O instrumento contém 36 itens onde são demonstradas

situações vivenciadas por usuários de álcool durante o processo de abstinência. Este instrumento foi desenvolvido a partir de entrevistas com pacientes alcoolistas que descreveram, detalhadamente, os métodos utilizados para evitar a recaída. A resposta a cada questão foi informada pelo participante conforme a frequência que ele utilizou determinada estratégia, por meio de uma escala tipo *Likert* na qual: 0 = Normalmente, 1= Muitas vezes, 2= Às vezes e 3= Nunca. Os 36 itens são divididos em quatro fatores: I- pensamento positivo, II- pensamento negativo, III- evitação /distração IV- suporte social. O escore de cada fator de CBI foi realizado pela soma das respostas para a pontuação total bruta ou pela divisão da soma total pelo número de itens para obter uma média. As pontuações mais baixas refletem o uso mais frequente das estratégias.¹⁰

Análise dos dados

A partir das informações do protocolo de atendimento telefônico ao usuário de álcool, os dados foram registrados no *software* e posteriormente resgatados em planilha do *Microsoft Excel*. Na sequência, a análise foi conduzida pelo programa estatístico *IBM SPSS Statistics* versão 19.0.

O banco de dados foi composto das informações do protocolo de atendimento telefônico do VIVAVOZ e da aplicação do CBI. Foi utilizada a estatística descritiva da distribuição das variáveis, apresentadas em tabelas de frequências absolutas e relativas. Dados quantitativos foram descritos por média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil (IIQ). Para analisar os resultados da aplicação do CBI, foi calculado um escore para cada fator

somando-se a resposta de cada item e dividindo-se pelo número de questões de cada fator. Após alcançar este escore, foi calculado a mediana e IIQ para que assim fosse possível classificar cada indivíduo como abaixo ou acima do IIQ (o indivíduo usa muito ou pouco determinado fator, respectivamente). As análises bivariadas foram realizadas pelo teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando apropriado. Para verificar a mudança nos escores dos fatores do CBI entre os grupos nos diferentes tempos, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) de duas vias de medidas repetidas. Os parâmetros de eficácia foram analisados com base na população de usuários de álcool que seguiram acompanhamento. Aqueles que não deram continuidade às ligações de seguimento foram excluídos (abordagem *per-protocol*). A diferença foi considerada significativa quando $p < 0,05$.

Resultados

Dos 4.688 usuários de álcool elegíveis para o estudo, 456 foram randomizados para grupo controle ou intervenção, pois preencheram os critérios de inclusão. Destes, 105 seguiram acompanhamento durante seis meses: 63 usuários foram alocados no grupo controle e 42 no grupo Intervenção (Figura1).

A análise do perfil dos usuários de álcool incluídos no estudo ($n = 456$) demonstrou predominância de usuários do sexo masculino (78,5%), solteiros, separados ou viúvos (67,7%), com mais de 8 anos de estudo (65,6%), possuindo trabalho remunerado (75,4%), 55,1 % já haviam buscado ajuda antes de ligar para o serviço, renda familiar inferior a R\$ 1.500,00 (64,8%) e

idade média de 30,52 anos ($dp = 9,10$). Não houve diferença significativa nessas características entre os usuários de álcool que concluíram e os que não concluíram os seis meses de seguimento (com e sem retenção, respectivamente; $p > 0,05$), exceto em relação à idade média ($p = 0,047$) (Tabela 1).

Quanto às características de consumo do álcool dos 105 que seguiram acompanhamento, 37,1% utilizavam o álcool diariamente e 48,5 % semanalmente e este uso em 89,4% da amostra ocorria há mais de cinco anos. Os usuários de álcool em sua maioria (90,5%) preencheram os critérios para diagnóstico de dependência e mais da metade encontrava-se no estágio motivacional de ação (61,8). Não houve diferença significativa entre o grupo controle e o grupo intervenção tanto nas características sociodemográficas quanto nas características de consumo e motivação (Tabela 2).

As respostas sobre o uso associado demonstram que 'álcool, tabaco, maconha e cocaína/crack' são utilizados por 23,8% dos participantes, seguida de 16,2% de usuários que relataram o uso de 'álcool, tabaco e cocaína/crack'. Ou seja, 40% da amostra utilizavam três substâncias ou mais e a combinação de 'álcool e tabaco' foi referida por 16,2% dos respondentes.

No que diz respeito às estratégias de enfrentamento avaliadas pelo CBI, a Figura 2 demonstra a distribuição dos usuários acima, abaixo e dentro do IIQ para cada fator no intuito de verificar a chance do indivíduo usar muito ou pouco frequentemente cada um dos fatores. Nota-se que, no início do acompanhamento, os usuários do grupo Intervenção apresentaram maior chance de utilizar o suporte social com maior frequência do que o grupo controle ($OR = 5,25$; $IC95\% = 1,26 - 21,86$; $p = 0,025$).

A Tabela 3 apresenta a mediana dos escores de CBI para cada fator nos grupos e nos seguimentos inicial e final. Ao considerar os seis meses de acompanhamento, verificou-se que os usuários de álcool passaram a utilizar mais estratégias de enfrentamento em relação ao fator pensamento positivo e menos de evitação/distração ($p = 0,001$ para ambos).

Dos 105 usuários que finalizaram o acompanhamento, 63,5% pararam de utilizar o álcool e 12,5% diminuíram o seu consumo, ou seja, 76% dos usuários que buscaram auxílio no serviço realizaram alguma mudança no seu comportamento de beber. A proporção de usuários abstinentes foi igual para os dois grupos ($X^2 = 0,312$; $p = 0,576$).

Discussão

Os resultados demonstraram que por meio do auxílio telefônico, ao completar os seis meses de acompanhamento, os usuários passaram a utilizar com maior frequência as estratégias relacionadas ao pensamento positivo, tanto os do grupo intervenção quanto os do grupo controle. O que significa dizer que o grupo controle também “desfrutou” dos benefícios do acompanhamento proposto pelo aconselhamento telefônico. É importante levarmos em consideração que a IBM trabalha questões relacionadas às estratégias de enfrentamento. No entanto, não é seu objetivo principal aumentar a frequência do uso de estratégias, visto que a IBM tem propósito primordial de motivar o indivíduo para a mudança do comportamento-problema.¹⁷

Os usuários no início de um tratamento tendem a utilizar mais estratégias comportamentais, como distração/evitação e suporte social; e ao final, estratégias cognitivas, como pensamento positivo e pensamento negativo.⁴ Em nosso estudo, foi possível confirmar este dado, pois o fator mais utilizado no início do acompanhamento, ao se comparar o grupo intervenção e controle, foi o suporte social e, ao final do acompanhamento, este passou a ser menos utilizado. Em contrapartida, houve o aumento da frequência de uso de estratégias cognitivas ao final do acompanhamento. Levando em consideração que o acompanhamento telefônico é também uma estratégia de suporte social, é possível que tenha influenciado na desistência dos usuários em seguir o acompanhamento. A desistência, cuja taxa foi elevada nesse estudo, pode ser percebida como algo que faz parte do processo da parada do uso. Portanto, não necessitar de tanto suporte social e a aquisição de maior autonomia neste processo podem justificar o fato dos participantes não terem feito as ligações para dar continuidade ao acompanhamento. Tentou-se minimizar esta perda realizando ligações pró ativas para usuários que deixaram de realizar os seguimentos.

Quanto ao estágio motivacional, identificou-se que a maioria da população encontrava-se no estágio denominado ação já no primeiro contato. Neste estágio, o indivíduo começa a experimentar uma maior autonomia e inicia o uso de estratégias para mudar o comportamento de consumo de drogas.¹⁷ Isso pode ter possibilitado o emparelhamento em ambos os grupos (intervenção e controle) no que diz respeito a semelhança na frequência de estratégias utilizadas. Diante isso, supomos que o estágio motivacional do indivíduo influenciou nos resultados do estudo sobre não ter aumento

significativo das estratégias de enfrentamento para o grupo Intervenção. Todavia nossas análises não fornecem conclusões precisas a este respeito, considerando-se este fato uma limitação do estudo.

É importante levarmos em consideração o fator tempo, pois as estratégias de enfrentamento (*coping*) tendem a necessitar de adaptações no período de manutenção da abstinência.⁴⁻⁹ O acompanhamento sugere que o tempo é diretamente proporcional a frequência de estratégias, ou seja, para que se possa manter a abstinência, é necessário uma adaptação destas. Com o passar do tempo, algumas atividades de distração/evitação, por exemplo, já não servem mais e se torna necessário um novo planejamento de estratégias. Frente a isso, seria interessante dar a possibilidade de um “menu” de estratégias mais eficazes para maioria dos usuários de álcool. Estudos futuros por períodos prolongados, 12 meses e 24 meses, seriam importantes no sentido de investigar sobre este aspecto.

O conhecimento do perfil do usuário de álcool e as mudanças que ocorrem durante períodos prolongados de abstinência são importantes para a prevenção de recaída. Desenvolver habilidades para lidar com estas mudanças é fundamental para a manutenção da abstinência, e conhecer as estratégias de enfrentamento influencia diretamente na capacidade de planejar esta manutenção.⁴

O perfil dos participantes do presente estudo se assemelha aos usuários de álcool que participaram de pesquisas realizadas na população brasileira^{13,14}: maioria do sexo masculino, com uso frequente e muito frequente de álcool e com idade superior a 25 anos. Quanto à associação do uso de álcool a outras drogas, sabe-se que atualmente o uso múltiplo de substâncias tem recebido

atenção especial visto a importância de suas consequências.¹⁸ Nossos dados mostram que uma parcela pequena da amostra tratava-se de monousuários de álcool e que a associação de mais de três substâncias é a realidade da maioria dos participantes que seguiram o acompanhamento. A associação de álcool com outra substância, por exemplo, tabaco ou cocaína/crack, apresentou-se discreta. No entanto, a associação de três substâncias incluindo o álcool é de 40% da amostra confirmando os dados dos últimos levantamentos domiciliares realizados no Brasil.^{13,14-19}

Os estudos existentes que investigam as estratégias de enfrentamento, inclusive os que utilizam o CBI como instrumento, são com delineamento transversal e, portanto, pouco refletem sobre as mudanças que podem ocorrer ao longo do processo de ficar sem beber.^{5,6,7} Este aspecto é fundamental para melhor adaptação das estratégias de enfrentamento visto que, necessitam de mudanças para o sucesso de manter a abstinência.

Dentre as limitações do estudo está a diferente distribuição entre os grupos, que apresentou maior população no grupo controle (n= 63) do que no grupo intervenção (n= 42). Isto pode ter ocorrido por algum problema na randomização realizada pelo *software* ou, devido aos critérios de exclusão, mais participantes do grupo intervenção foram retirados do estudo.

Outro aspecto importante de limitações refere-se ao fato de ter sido utilizado somente o autorrelato dos participantes e não ter utilizado um marcador bioquímico para comprovação da abstinência devido à dificuldade de coleta de amostras biológicas já que o serviço todas as regiões do Brasil.

CONCLUSÃO

Os resultados demonstram que os usuários de álcool, independente do grupo intervenção ou controle, ao final do acompanhamento passaram a utilizar mais estratégias de pensamento positivo a fim de manter a abstinência. No entanto, a IBM não proporcionou um aumento na frequência de uso das estratégias de enfrentamento. Apesar disso, a maioria dos participantes ao completar seis meses de acompanhamento estava abstinente. O trabalho sugere que o aconselhamento telefônico constitui uma possível alternativa de tratamento de qualidade, acessível e gratuita e que ao completar o acompanhamento o indivíduo passa a usar com mais frequência estratégias relacionadas ao pensamento positivo. O fator relacionado ao pensamento positivo pode ser exemplificado como estratégias que referem-se a situações em que o indivíduo sentia necessidade de mentalizar por exemplo o quão melhor ele está por não beber ou quantos aspectos positivos ele obteve com a parada do uso de álcool.

Os dados reforçam a necessidade de estudos com maior amostra e tempo de seguimento, para investigar a influência da IBM por telefone no uso das estratégias de enfrentamento de usuários de álcool. Deste modo, é possível ampliar o conhecimento a este tipo de atendimento em saúde e complementar os resultados encontrados no presente estudo. Os acompanhamentos por telefone no intuito de auxiliar a manutenção da abstinência necessitam ser mais bem explorados, visto que este modelo de abordagem tem se mostrado significativamente importante a este tipo de população e apresenta muitas facilidades, como o fato de ser anônimo e gratuito. Além disso, os dados do trabalho corroboram no conhecimento do

perfil dos usuários de álcool e que tipo de estratégias os mesmos utilizaram para conseguir parar de consumir a substância. O estudo propicia que se possa, a partir dos resultados encontrados, construir um programa personalizado de planejamento de estratégias de enfrentamento para a abstinência e sua manutenção.

Figura 1. Fluxograma de elegibilidade, randomização, tratamento, acompanhamento e inclusão nas análises.

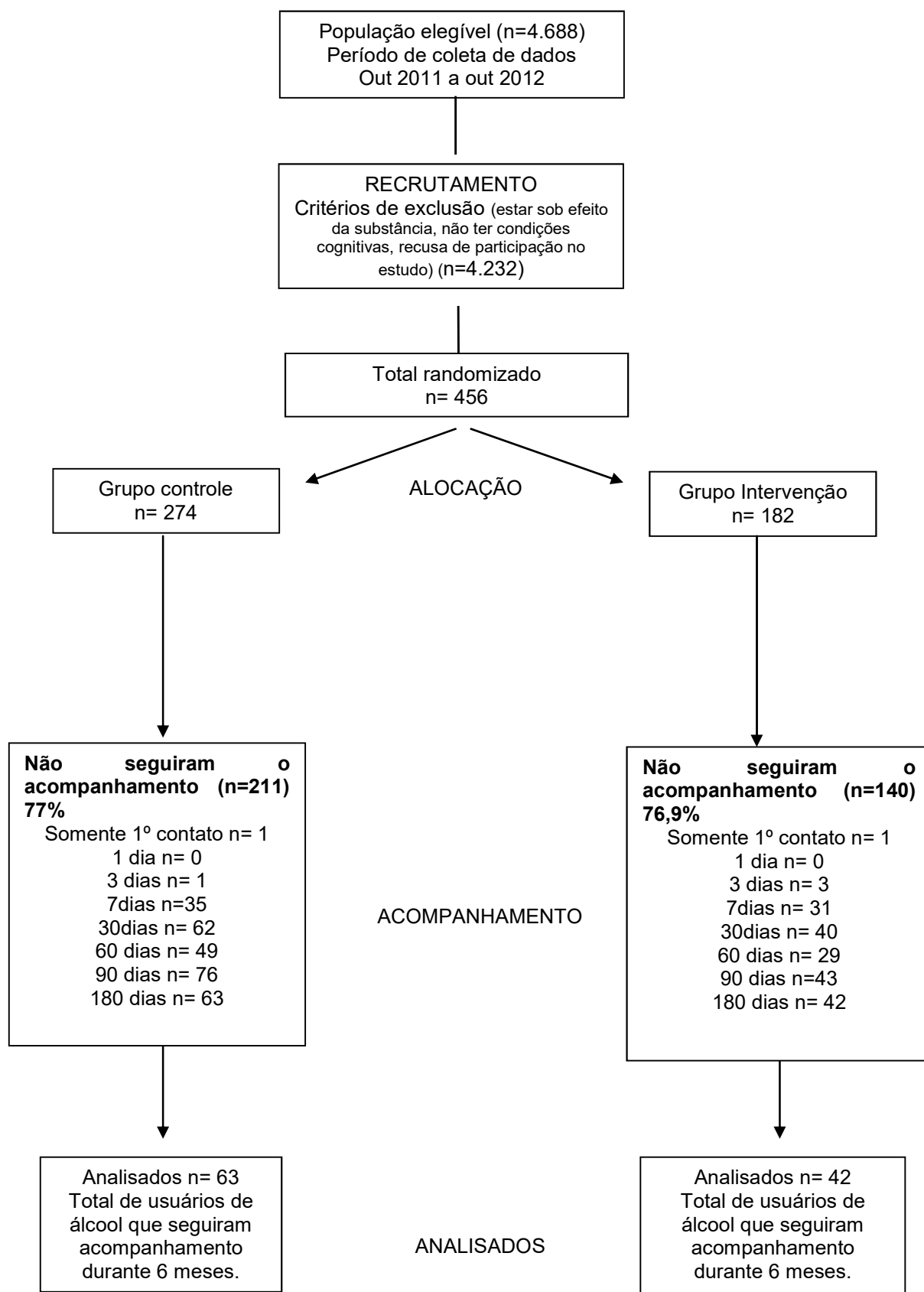


Tabela 1: Características sociodemográficas dos usuários de álcool com retenção e sem retenção:

	Usuários de álcool			Sig.
	Total (n= 456) n(%)	Com Retenção (n=105) n(%)	Sem Retenção (n=342) n(%)	
Sexo				
<i>Feminino</i>	98 (21,5)	25 (23,8)	73 (20,9)	0,699
<i>Masculino</i>	357 (78,5)	80 (76,2)	277 (79,1)	
Estado civil				
<i>Solteiro/ separado/ viúvo</i>	302 (67,7)	69 (66,3)	233 (68,1)	0,649
<i>Casado/ vive com companheiro</i>	144 (32,3)	35 (33,7)	109 (31,9)	
Escolaridade				
<i>≤8 anos de estudo</i>	153 (34,4)	34 (32,7)	119 (34,9)	0,363
<i>> 8 anos de estudo</i>	292 (65,6)	70 (67,3)	222(65,1)	
Ocupação				
<i>Empregado</i>	337 (75,4)	80 (77,0)	257 (75,0)	0,666
<i>Desempregado</i>	110 (24,6)	24 (23,0)	86 (25,0)	
Ajuda anterior para cessar o uso de álcool				
<i>Sim</i>	192 (44,9)	40 (40,8)	152 (46,0)	0,528
<i>Não</i>	236 (55,1)	58 (59,1)	178 (54,0)	
Renda familiar				
<i>≤ 1.500,00</i>	280 (64,8)	70 (69,3)	210 (63,4)	0,413
<i>> 1.500,00</i>	152 (35,1)	31 (30,7)	121 (36,6)	
Estágio motivacional				
<i>Pré contemplação/ contemplação</i>	95 (22,2)	23 (22,5)	72 (22,2)	0,528
<i>Preparação</i>	87 (20,4)	16 (15,7)	71 (21,8)	
<i>Ação/ manutenção</i>	245 (57,4)	63 (61,7)	182 (56,0)	
Frequência do uso de álcool				
<i>Diariamente</i>	133 (33,8)	36 (37,1)	97 (32,6)	0,273
<i>Semanal</i>	182 (46,2)	47 (48,5)	135 (45,5)	
<i>< Semanal</i>	79 (20,0)	14 (14,4)	65 (21,9)	
Dependência do álcool				
<i>Sim</i>	373 (87,6)	95 (90,5)	278 (86,6)	0,193
<i>Não</i>	53 (12,4)	10 (9,5)	43 (13,4)	
Tempo de uso do álcool				
<i>≤ 5 anos</i>	52 (12,1)	11 (10,6)	41 (12,6)	0,363
<i>> 5 anos</i>	378 (87,9)	93 (89,4)	285 (87,4)	
Idade (media ± dp)	30,52 ± 9,10	32,26 ± 10,57	29,99 ± 8,55	0,047

Tabela 2: Características sociodemográficas dos usuários de álcool no estudo: comparação grupo controle e Intervenção:

	Usuários de álcool			Sig.
	Total (n= 105) n (%)	Grupo Controle (n=63) n(%)	Grupo Intervenção (n= 42) n(%)	
Sexo				
<i>Feminino</i>	25 (23,8)	15 (23,8)	10 (23,8)	0,589
<i>Masculino</i>	80 (76,2)	48 (76,2)	32 (76,2)	
Estado civil				
<i>Solteiro/ separado/ viúvo</i>	69 (66,3)	40 (63,5)	29 (70,7)	0,292
<i>Casado/ vive com companheiro</i>	35 (33,7)	23 (36,5)	12 (29,3)	
Escolaridade				
<i>≤ 8 anos de estudo</i>	34 (32,7)	28 (44,4)	12 (29,3)	0,088
<i>> 8 anos de estudo</i>	70 (67,3)	35 (55,6)	29 (70,7)	
Ocupação				
<i>Empregado</i>	80 (77,0)	9 (81,9)	2 (18,2)	0,115
<i>Desempregado</i>	24 (23,0)	13(54,2)	11 (45,8)	
Renda familiar				
<i>≤ 1.500,00</i>	70 (69,3)	41 (58,6)	29 (41,4)	0,368
<i>> 1.500,00</i>	31 (30,7)	20 (64,5)	11 (35,5)	
Estágio motivacional				
<i>Précontemplação/Contemplação</i>	23 (22,5)	14 (60,9)	9 (39,1)	0,405
<i>Preparação</i>	16 (15,7)	10 (62,5)	6 (37,5)	
<i>Ação/ manutenção</i>	63 (61,8)	37 (58,7)	26 (41,3)	
Frequencia do uso do álcool				
<i>Diariamente</i>	36 (37,1)	20 (55,6)	16 (44,4)	0,573
<i>Semanal</i>	47 (48,5)	27 (57,4)	20 (42,6)	
<i>< Semanal</i>	14 (14,4)	10 (71,4)	4 (28,6)	
Dependência do álcool				
<i>Sim</i>	95 (90,5)	58 (61,1)	37 (38,9)	0,362
<i>Não</i>	10 (9,5)	5 (50,0)	5(50,0)	
Tempo de uso do álcool				
<i>≤ 5 anos</i>	11 (10,6)	7 (63,6)	4 (36,4)	0,550
<i>> 5 anos</i>	93 (89,4)	56 (60,2)	37 (39,8)	
Idade (media ± dp)	32,26 ± 10,57	32,52 ± 11,57	31,86 ± 8,99	0,741

Figura 2: Distribuição dos fatores de acordo com o IIQ (Inicial – primeira aplicação).

	Abaixo do IIQ n (%)	IIQ n (%)	Acima IIQ n (%)
Pensamento positivo	26 (24,8)	(0,82 – 1,79) 58 (55,2)	21 (20,0)
Pensamento negativo	26 (24,8)	(0,75 – 1,83) 55(52,3)	24(22,9)
Evitação/ distração	24(22,9)	(1,27 – 1,91) 58 (55,2)	23 (21,9)
Suporte social	20 (19,0)	(1,6 – 2,4) 67 (63,9)	18 (17,1)

Pensamento Positivo	Usa muito	Usa pouco	
Intervenção	11	9	
Controle	15	12	OR = 0,98 (0,31-3,13); p = 0,970 [#]

Pensamento Negativo	Usa muito	Usa pouco	
Intervenção	11	11	
Controle	15	12	OR = 0,87(0,28-2,65); p = 0,802 [#]

Evitação/ Distração	Usa muito	Usa pouco	
Intervenção	12	8	
Controle	12	15	OR = 1,87 (0,58-6,06); p = 0,292 [#]

Suporte Social*	Usa muito	Usa pouco	
Intervenção	12	4	
Controle	8	14	OR = 5,25 (1,26-21,86); p = 0,025 ^{\$}

*p<0,05;

[#] teste qui-quadrado;

^{\$} teste exato de Fisher

Table 3: Escores do CBI para cada fator no início e no final do acompanhamento relacionado aos grupos controle e Intervenção:

Fatores CBI	Início do acompanhamento		Final do acompanhamento	
	Mediana (p25 – p75)		Mediana (p25 – p75)	
Pensamento Positivo				
Grupo controle	1,21 (0,86 - 1,71)		1,00 (0,50 – 1,50)	$F_{\text{ligação}}=11,649; p = 0,001$
Grupo intervenção	1,14 (0,57- 1,79)		0,85 (0,48 – 1,39)	$F_{\text{interação}}=0,313; p = 0,577$
$F_{\text{grupo}}=0,29; p = 0,591$				
Pensamento Negativo				
Grupo controle	1,17 (0,83 - 1,83)		1,33 (0,66 – 2,00)	$F_{\text{ligação}}=1,717; p = 0,193$
Grupo intervenção	1,33 (0,67 – 2,00)		1,00 (0,50 – 1,66)	$F_{\text{interação}}=2,901; p = 0,920$
$F_{\text{grupo}}=0,603; p = 0,439$				
Evitação/Distração				
Grupo controle	1,64 (1,36 - 1,91)		1,81 (1,36 – 2,18)	$F_{\text{ligação}}=11,010; p = 0,001$
Grupo intervenção	1,54 (1,18 – 1,91)		1,72 (1,45 – 2,11)	$F_{\text{interação}}=0,458; p = 0,500$
$F_{\text{grupo}}=0,790; p = 0<0,001$				
Suporte Social				
Grupo controle	2,00 (1,60 – 2,40)		2,20 (1,80 – 2,40)	$F_{\text{ligação}}=3,325; p = 0,071$
Grupo intervenção	2,00 (1,40 – 2,40)		2,20 (1,60 – 2,60)	$F_{\text{interação}}=0,444; p = 0,507$
$F_{\text{grupo}}=0,603; p = 0,439$				

REFERÊNCIAS

1. . World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health; 2011. [acesso em 2013 fev]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html.
2. Signor L, Pierozan P, Ferigolo M, Fernandes S, Moreira T, Mazoni C, Barros H. Efficacy of the Telephone-Based Brief Motivational Intervention for Alcohol Problems in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. "In press", 2013.
3. Machado C, Moreira T, Ferigolo M, Oliveira M, Barros H. Envolvimento de Clientes com Diferentes Formas de Violência em um Serviço de Teleatendimento para Dependência Química. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, América do Norte*, v. 518 (10), p. 22-29, 2012.
4. Marlatt GA, Donovan DM e cols. *Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
5. Folkman S & Lazarus RS. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 48, p. 150-170, 1985.
6. Dolan SL, Rohsenowb DJ, Martin R A, Monti PM. Urge-specific and lifestyle coping strategies of alcoholics: Relationships of specific strategies to treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, v.128, p. 8-14, 2013.
7. Sealock MD, Manasse M. An uneven playing field: The impact of strain and coping skills on treatment outcomes for juvenile offenders. *Journal of Criminal Justice*, v. 40, p. 238–248, 2012.
8. Kulesza M, McVay MA, Larimer ME, Copeland AL. A randomized clinical trial comparing the efficacy of two active conditions of a brief intervention for heavy college drinkers. *Addictive Behaviors*, v. 38, p. 2094–2101, 2013.
9. Folkman S & Lazarus RS. An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 21(3), p. 219-239, 1980.
10. Litman GK. et al. An Instrument for Measuring Coping Bahaviours in Hospitalized Alcoholics: Implications for Relapse Prevention Treatment. *British Journal of addiction*. 1983; 78: 269-76.
11. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). *Cartilhas Série Por Dentro do Assunto*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

12. Barros HMT, Santos V, Mazoni C, Dantas DCM, Ferigolo M. Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008; 98: 270–74.
13. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas e UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo; 2004.
14. Carlini EA, Galduróz JC, Silva AAB, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG et al. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas e UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo; 2007
15. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse. Rockville: SAMHSA; 2002.
16. Biener, L., & Abrams, D. B. The Contemplation Ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology*. 1991; 10 (5): 360-5.
17. Miller RW, Rollnick S. Motivational Interviewing: preparing people for change. 2ª Ed. New York: The Guilford Press, 2002.
18. Andrade AG, Duarte PCAV, Oliveira LG. I Levantamento Nacional Sobre o Uso de álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Brasília: SENAD- Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas; GREA/IPQ-HCFMUSO, 2010.
19. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempiuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD. 2009.

7 ANEXOS

7.1 MÉTODOS

Conforme os objetivos propostos, o presente trabalho inclui 2 estudos com metodologias específicas descritas nos artigos 1 e 2:

Artigo 1- Adaptação transcultural e validação de conteúdo: aplicação do Coping Behaviours Inventory – CBI/versão Brasileira com usuários de álcool em acompanhamento telefônico.

Artigo 2- Identificação das Estratégias de Enfrentamento (Coping) Utilizadas por Usuários de Álcool em Acompanhamento Telefônico.

7.2 PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

O projeto para realização do estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA e aprovado conforme parecer consubstanciado sob o nº 1215/10. Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa mediante leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 7.3). A todos os entrevistados foi explicado o destino do conteúdo das entrevistas, seu uso exclusivo para fins de pesquisa e ressaltada sua livre contribuição para a realização deste estudo. Assim como garantido o anonimato, confidencialidade de seus dados pessoais, tendo o direito de interromper a participação no estudo em qualquer momento sem que houvesse prejuízo para si. Além disso, foi explicado o destino do conteúdo das entrevistas e seu uso exclusivo para fins de pesquisa.

Caso o cliente não queira participar da entrevista, ou queira desistir, a qualquer momento da participação no estudo, é esclarecido que ele não será prejudicado quanto a ligações futuras.

7.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de consentimento livre e esclarecido

a) Informação:

Quando a chamada do cliente é atendida pelo serviço telefônico “VIVAVOZ”, será disponibilizada a mensagem padrão: “As informações fornecidas ao serviço poderão ser utilizadas como dados de pesquisa, sendo disseminadas no meio médico e de saúde, sem a divulgação de dados individuais”.

b) Script:

Nome do consultor: _____ Número da chamada: _____ Data ____/____/____

Estamos fazendo um estudo com pessoas que usam o álcool que envolverá algumas perguntas sobre o hábito de usá-lo, idade que começou a usar, qual seu uso diário, como você está lidando com o uso de álcool, entre outras. O senhor (a) não será identificado em hipótese alguma.

O senhor (a) tem total liberdade para responder ou não aos questionários, podendo se retirar do estudo a qualquer momento. Caso não queira participar ou deseje suspender sua participação em qualquer momento, você não será prejudicado quanto a sua consulta. Os questionários não serão identificados. Você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, Rua Sarmento Leite nº 245 / telefone 3303-8741.

. É importante que anote a sua senha e a data para retorno da ligação. Gostaria que nos ligasse no dia ____/____/____ após 1 dia, dia ____/____/____ após 3 dias, dia ____/____/____ após 1 semana, dia ____/____/____ após 1 meses, dia ____/____/____ após 2 meses, dia ____/____/____ após 3 meses, dia ____/____/____ após 6 meses. Você receberá uma carta com as datas que você deverá ligar para o “VIVAVOZ”, o qual funciona de segunda à sexta das 8 horas às 24 horas, inclusive nos feriados durante dias da semana. É muito importante seu retorno, gostaríamos de saber como está se sentindo.

Atenciosamente,

Maristela Ferigolo
Pesquisadora Responsável
Fone: 3303-8764

Hilda Maria Rodrigues Moleda Constant
Agente de pesquisa
Fone: 3303-8764

7.4 PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: identificação das estratégias em enfrentamento utilizadas por usuários de álcool no processo de abstinência em um serviço de aconselhamento telefônico

Pesquisador Responsável Profa. Helena Tannhauser Barros

Parecer 1215/10

Data da Versão

Cadastro 656/10

Data do Parecer 21/10/2010

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

- Identificar as diferentes estratégias de enfrentamento utilizadas por usuários de álcool no processo de abstinência em relação aos fatores: pensamento positivo e negativo, evitação e distração;
- Verificar se indivíduos abstinentes utilizaram estratégias diferentes quando comparados aos não abstinentes após aconselhamento telefônico;
- Identificar fatores intervenientes (sociodemográfico, padrão de consumo, dependência, estágio motivacional, intervenção breve motivacional por meio de auxílio telefônico) no uso de estratégias eficientes para abstinência do álcool;
- Estimar o número de indivíduos que se mantiveram abstinentes do consumo de álcool e outras drogas após o aconselhamento telefônico

Sumário do Projeto

Devido a grande demanda de pacientes em serviços de atenção básica em saúde uma nova forma de assistência, como linhas telefônicas de ajuda tem sido utilizada. As intervenções telefônicas são efetivas com o cuidado no abuso de substâncias apresentando respostas favoráveis tanto na fase inicial como para o prolongamento das fases de abstinência. O presente trabalho busca identificar estratégias utilizadas pelos usuários de álcool durante o processo de abstinência.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Introdução	Comentário
------------	------------

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Comentário
Tamanho de amostra	Total 585 Local 585
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Não se aplica
Crêrrios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza

Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os Itens de Pacientes e Métodos

Cronograma	Comentário
Data de início prevista	Set-2010
Data de término prevista	Dez-2012
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Outras fontes

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Projeto desenvolvido com apoio da Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas da Presidência da República - SENAD através de convênio 04/2010 - renovado em 10 de agosto de 2010

Referências Bibliográficas	Comentário
----------------------------	------------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

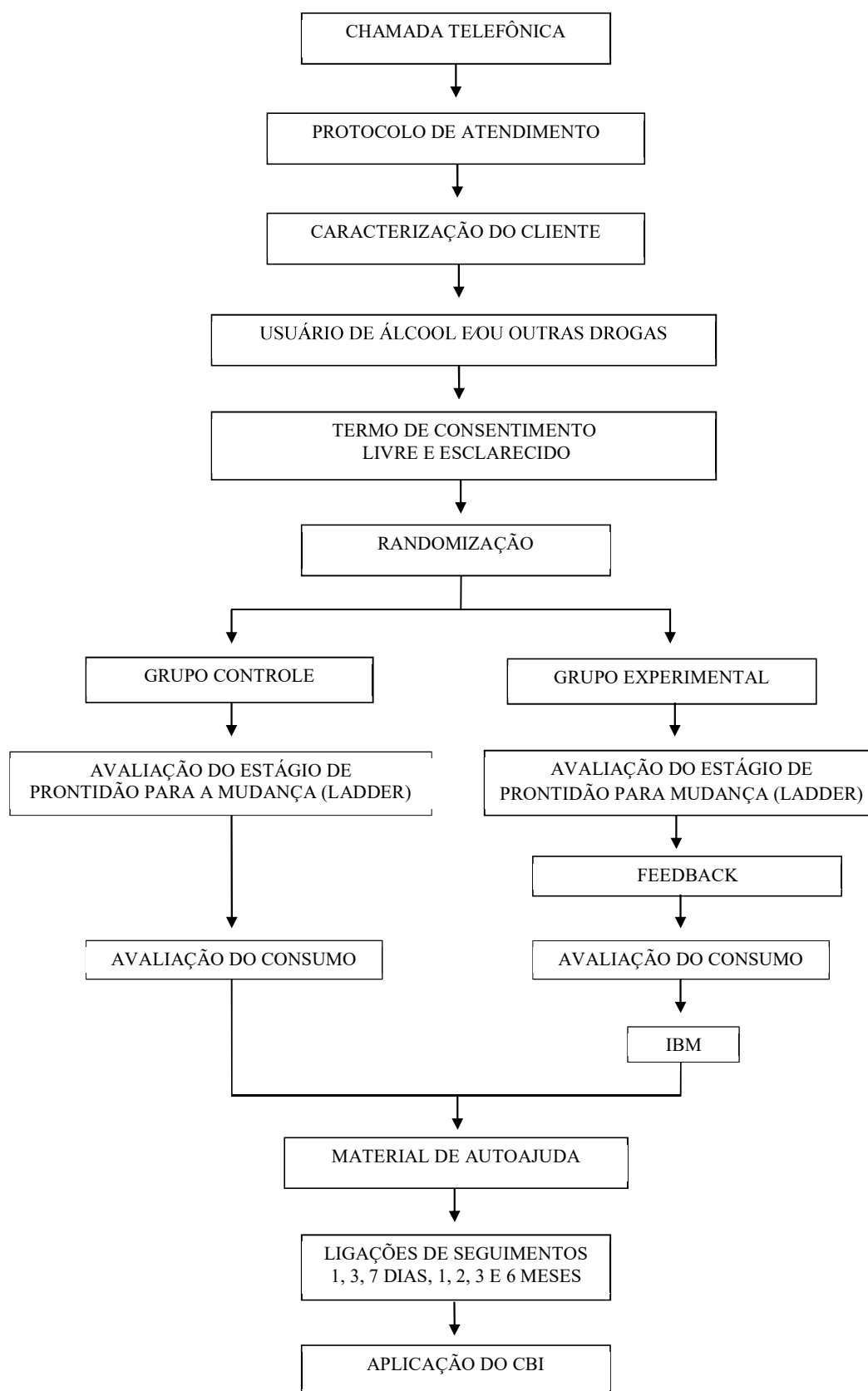
Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

Todas as orientações/dúvidas do CEP em relação a primeira versão foram satisfatoriamente esclarecidas na segunda versão apresentada. Projeto aprovado

7.5 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS



7.6 PROTOCOLO GERAL DE ATENDIMENTO TELEFÔNICO

Protocolo geral de atendimento telefônico

CHAMADA N.º: _____ / 20__ Horário: Início _____ Término _____

DATA: _____ / _____ / 20__ Consultor: _____

Classificação da pergunta:

Pergunta: (registrar por extenso): _____

Tipo de pergunta:

- | | |
|--|-----|
| 1. Informações sobre drogas | () |
| 2. Centros de tratamento (público ou particular) | () |
| 3. Solicitação de material informativo | () |
| 4. Outras | () |
| 5. Perda | () |
| 6. Retorno | () |

Drogas:

- | | | | |
|-----------------------------|-----|-------------------------|-----|
| 1. Álcool | () | 7. Êxtase | () |
| 2. Alucinógenos | () | 8. GHB | () |
| 3. Anabolizantes esteroides | () | 9. Maconha | () |
| 4. Ansiolíticos | () | 10. Opióides/heroína | () |
| 5. Cocaína/Crack/merla | () | 11. Solventes/Inalantes | () |
| 6. Anfetaminas | () | 12. Tabaco | () |
| | | 13. Outras | () |

Resposta (registrar por extenso informações conforme padronização, registrar estratégias de enfrentamento referidas pelo cliente): _____

Referências Bibliográficas (registrar por extenso): _____

Classificação do cliente:

Quem busca a informação:

- | | | | |
|-------------------------|-----|---------------------------|-----|
| 1. Usuário | () | 5. Parente | () |
| 2. Pai | () | 6. Amigo | () |
| 3. Mãe | () | 7. Profissionais da Saúde | () |
| 4. Centro de Tratamento | () | 8. Outros Profissionais | () |

Para usuários ou familiares: O Sr.(a) / família alguma vez procurou ajuda ?

- | | |
|--------|-----|
| 1. SIM | () |
| 2. NÃO | () |

Local da chamada: Cidade: _____ UF: _____**Profissão:**

- | | | | |
|-----------------|-----|-------------------------------|-----|
| 1. Aposentado | () | 4. Do Lar | () |
| 2. Autônomo | () | 5. Estudante | () |
| 3. Desempregado | () | 6. Profissional da Saúde | () |
| | () | 7. Profissional de outra área | () |

Estado civil:

- | | | | |
|------------------------|-----|--------------------------------|-----|
| 1. Solteiro | () | 3. Casado/vive com companheiro | () |
| 2. Separado/divorciado | () | 4. Viúvo | () |

Idade: _____**Sexo:** M () F ()**Renda familiar (salário mínimo):****1.** 1-5 (R\$ 300,00 a 1.499,00) **2.** 5-10 (R\$ 1.500,00 a 3.000,00) **3.** Mais de 10 (mais de R\$ 3.000,00)**Escolaridade:**

- | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|
| 1. Analfabeto | () | 5. Ensino Médio Completo | () |
| 2. Ensino Fundamental Incompleto (1º Grau) | () | 6. Superior incompleto | () |
| 3. Ensino Fundamental Completo (1º Grau) | () | 7. Superior completo | () |
| 4. Ensino Médio Incompleto (2º grau) | () | 8. Curso Técnico | () |

7.7 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONSUMO

Questionário de avaliação do consumo

Avaliação do consumo (selecionar):

- Uso na vida ☐
- Uso no ano ☐
- Uso no mês ☐

Frequência no ultimo mês (selecionar):

- Ate 6 meses ☐
- 6 meses a 1 ano ☐
- Entre 1-2 anos ☐
- Entre 2–5 anos ☐
- Mais de 5 anos ☐
- Não se lembra ☐

Quanto geralmente usou num mesmo dia? _____ (em doses)

Via de administração:

- Oral ☐
- Aspirada ☐
- Inalado/fumado ☐
- Injetado EV ☐
- Injetado IM ☐
- Outros ☐

Tempo de uso (selecionar):

- Diário ☐
- Semanal ☐
- Menor que seminal ☐
- Não se aplica ☐

7.8 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

Questionário de avaliação de dependência

1- No ultimo ano, você gastou grande parte do seu tempo para conseguir álcool, usar o álcool ou se recobrar dos efeitos dele por 1 mês ou mais?

() SIM () NÃO

2- No ultimo ano você usou álcool mais frequentemente ou em quantidades maiores do que pretendia?

() SIM () NÃO

3- Você necessitou de maiores quantidades de álcool para conseguir os mesmos efeitos que antes nestes últimos 12 meses?

() SIM () NÃO

4- Você esteve em situações de riscos físicos, estando sob efeito de álcool ou logo após o seu efeito?

() SIM () NÃO

5- No ultimo ano, você teve algum problema pessoal pelo uso de álcool?

() SIM () NÃO

6- No ultimo ano você quis diminuir ou parar o uso de álcool?

() SIM () NÃO

7.9 ESCALA PARA AVALIAR A PRONTIDÃO PARA A MUDANÇA

Questionário de contemplação LADDER

Cada degrau da escada representa onde os usuários de álcool se encontram quando pensam em parar de usá-la. Circule o número que indica onde você está agora.

10 → Estou fazendo alguma coisa para parar de usar droga.

9

8 → Estou começando a pensar sobre como mudar meu hábito de usar droga.

7

6

5 → Penso em parar, mas ainda não estou pronto.

4

3

2 → Penso que será necessário parar algum dia.

1

0 → Não penso em parar de usar droga.

7.10 O INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE COPING- THE COPING BEHAVIOURS INVENTORY (CBI)

INSTRUÇÕES: Estamos realizando um estudo para identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por usuários de álcool que querem parar ou diminuir o consumo. Estas informações poderão ser utilizadas como dados de pesquisas, caso o sr^o(a) não queira participar não será prejudicado no seu acompanhamento. O sr^o (a) autoriza?

Serão feitas algumas afirmativas sobre situações vivenciadas por usuários de álcool para o auxílio a parar com o uso. Queremos saber o que você tentou utilizar como estratégias de enfrentamento. Há quatro opções de respostas: Normalmente, Muitas vezes, Às vezes e Nunca. Escolha o número que é mais próximo de quantas vezes já usou essas estratégias para parar de beber ou evitar o uso novamente. Não há respostas certas ou erradas. Qual dessas maneiras/estratégias você já tentou?"

0 = Normalmente 1= Muitas vezes; 2= Às vezes; 3= Nunca					
1.	Pensando sobre quanto melhor eu sou sem beber.	0	1	2	3
2.	Telefonando para um amigo.	0	1	2	3
3.	Mantendo-se em companhia dos não bebedores.	0	1	2	3
4.	Pensando positivamente.	0	1	2	3
5.	Pensando na bagunça que eu me meti bebendo.	0	1	2	3
6.	Parando para examinar meus motivos e eliminando os falsos.	0	1	2	3
7.	Pensando nas promessas que fiz para outros.	0	1	2	3
8.	Ficando dentro de casa - se escondendo.	0	1	2	3
9.	Parando e realmente pensando todo o ciclo do uso do álcool.	0	1	2	3
10.	Deixando meu dinheiro em casa.	0	1	2	3
11.	Reconhecendo que a vida não é um mar de rosas, mas beber não é a resposta.	0	1	2	3
12.	Indo a um reunião do A.A.	0	1	2	3
13.	Sabendo que por não beber eu posso mostrar o meu rosto sem medo do que os outros vão pensar.	0	1	2	3
14.	Torcendo por mim mesmo, comprar-me algo especial ao invés de bebida.	0	1	2	3
15.	Enfrentando os meus sentimentos ruins em vez de tentar afogá-los.	0	1	2	3
16.	Trabalhando duro.	0	1	2	3
17.	Percebendo que simplesmente não vale à pena.	0	1	2	3
18.	Esperando até que tudo esteja fechado.	0	1	2	3
19.	Lembrando como eu deixei minha família e amigos para baixo no passado.	0	1	2	3
20.	Mantendo-se longe das pessoas que bebem.	0	1	2	3
21.	Indo para uma caminhada.	0	1	2	3

22.	Olhando o lado bom e tentar parar de inventar desculpas para mim.	0	1	2	3
23.	Percebendo que está afetando minha saúde.	0	1	2	3
24.	Começando a fazer algo em casa	0	1	2	3
25.	Considerando os efeitos que terão sobre a minha família.	0	1	2	3
26.	Lembrando-me da boa vida que eu possa ter sem beber.	0	1	2	3
27.	Entrando em contato com antigos amigos que bebiam e estão melhor agora.	0	1	2	3
28.	Colocar em mente que eu vou parar de brincar comigo.	0	1	2	3
29.	Comendo uma boa refeição.	0	1	2	3
30.	Evitando lugares onde eu bebia.	0	1	2	3
31.	Pensando em todas as pessoas que me ajudaram.	0	1	2	3
32.	Dizendo que estou bem e desejo continuar assim.	0	1	2	3
33.	Indo dormir.	0	1	2	3
34.	Lembrando como isso afetou a minha família.	0	1	2	3
35.	Forçando-me para ir ao trabalho.	0	1	2	3
36.	Tentando enfrentar a vida em vez de evitá-la	0	1	2	3

7.11 MODELO DE CARTA ENVIADA AO CLIENTE

Porto Alegre, de Agosto de 2012.

Sr (a).

Rua

Nº:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

É com satisfação que recebemos sua ligação e agradecemos seu interesse em receber informações e orientações sobre “DROGAS”.

Estamos encaminhando as cartilhas “Mudando Comportamentos”, as quais poderão ajudá-lo (a).

Gostaríamos de contar com futuras ligações suas. Pedimos que você ligue para o VIVAVOZ, conforme a orientação no quadro abaixo:

Será dia de Agosto de 2012.
Será dia de Setembro de 2012.
Será dia de Setembro de 2012.
Será dia de Setembro de 2012.
Será dia de Outubro de 2012.
Será dia de Novembro de 2012.
Será dia de Fevereiro de 2013.

Por favor, não deixe de ligar!

Quando ligar informe ao consultor o número do seu protocolo:

/2012

Atenciosamente,
VIVA VOZ.

LIGUE PRA GENTE A GENTE LIGA PRA VOCÊ.

7.12 NORMAS EDITORIAS PARA PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS

7.12.1 REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM

Instruções aos autores

Revista Latino-Americana de Enfermagem

Instruções para preparação e submissão dos artigos

Atualizada em 24 de agosto de 2012

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de artigos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo “International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)” - tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Missão da Revista

Publicar resultados de pesquisas de enfermagem e áreas afins que contribuam para o avanço do conhecimento científico e para a prática profissional.

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais recentes.

A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os artigos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (peer review).

Os artigos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente. Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de artigos multipartes de uma mesma pesquisa.

Cobertura temática

Enfermagem e áreas afins.

Público alvo

Pesquisadores, estudantes de graduação e pós-graduação, enfermeiros e profissionais de áreas afins.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de Transferência de Direitos Autorais (presente no Formulário Individual de Declarações) assinada pelos autores. Para a utilização dos artigos, a RLAE adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC Atribuição não comercial (resumo ou código completo da licença). Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar,

imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais a Revista Latino-Americana de Enfermagem. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Processo de julgamento

A Revista possui sistema eletrônico de submissão, avaliação e gerenciamento do processo de publicação. Os artigos são encaminhados pelos autores, via on line, e recebem protocolo numérico de identificação. Posteriormente, é realizada a conferência de normas pela secretaria, os artigos que atendem às normas de publicação são encaminhados para pré-análise e, se selecionados por apresentarem contribuições ao avanço do conhecimento científico em enfermagem, são enviados a três consultores, selecionados pelo Editor Científico, para análise com base no instrumento de avaliação da RLAE.

Os artigos não adequados às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e os artigos não selecionados na pré-análise são recusados e os autores informados por mensagem do sistema.

Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. As avaliações emitidas pelos consultores são apreciadas pelos editores associados em relação ao conteúdo e pertinência. Os artigos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do Editor Científico-Chefe que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

Registro de ensaios clínicos

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: [HTTP://www.icmje.org](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Categorias de artigos aceitos para avaliação

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Revisão sistemática

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de

relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

Cartas ao Editor

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

Estrutura do artigo

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do artigo, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A *Introdução* deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional.

Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão.

A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Descrever a inovação do conhecimento que o artigo apresentado traz a partir do que já foi publicado na RLAE sobre o tema.

A *Conclusão* deve responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores (limitada a seis), no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Excepcionalmente, em estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais do que seis autores, considerando as justificativas apresentadas pelos mesmos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor (es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Aprovação da versão final do artigo para publicação

O autor receberá por e-mail o artigo diagramado nas versões português, inglês e espanhol, em formato PDF, para aprovação. Somente poderão ser solicitadas correções de forma, pois não serão admitidos ajustes de conteúdo. O prazo para revisão e resposta será de dois dias. Caso não haja manifestação do autor no referido prazo os arquivos serão considerados como aprovados e, portanto, publicados. As correções deverão ser descritas no mesmo e-mail em que os arquivos foram enviados ao autor.

Publicação

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão on line, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

Submissão

No ato da submissão, o artigo deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

A submissão de artigos é realizada somente no sistema on line no endereço www.eerp.usp.br/rlae.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- checklist preenchido (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- formulário individual de declarações (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- arquivo do artigo
- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do artigo de acordo com as normas da RLAE.

A Revista efetuará a conferência do artigo e da documentação e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso a solicitação de adequação não seja atendida, a submissão será cancelada automaticamente.

Política de arquivamento dos artigos

Os artigos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista.

Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

Versão, tradução e correção gramatical

Todos os artigos são publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Após a aprovação dos artigos pelo Conselho de Editores os mesmos são encaminhados para correção gramatical e versão/tradução para os outros dois idiomas diferentes daquele de origem da submissão.

Para garantir a qualidade das versões/traduições, as mesmas somente serão aceitas com a certificação de uma das empresas indicadas pela RLAE.

Os autores poderão escolher um dentre os credenciados, respeitando o prazo estabelecido pela revista para devolução do artigo. O custo das versões/traduições para os outros dois idiomas diferentes da versão submetida é de responsabilidade dos autores que deverão efetuar o pagamento diretamente para a empresa contratada.

Taxa de submissão

Taxa de submissão de R\$150,00 que deverá ser depositada em nome da EERP/USP Revista Latino-Americana de Enfermagem, Conta Corrente Nº: 8486-7, Agência: 1964-X - Banco do Brasil, CNPJ: 63025530/0027-43. **Não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.**

Erratas

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

PREPARO DOS ARTIGOS

Formulário on line de submissão

- título (conciso em até 15 palavras, porém, informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;
- nome do(s) autor(es) por extenso, categoria profissional, maior título universitário, nome da unidade e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, estado e país;
- nome, endereço postal, e-mail, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o artigo;
- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses; - agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título;
- consultoria científica;
- revisão crítica da proposta do estudo;
- auxílio e/ou colaboração na coleta de dados;
- assistência aos sujeitos da pesquisa;
- revisão gramatical;
- apoio técnico na pesquisa;
- vinculação do artigo a dissertação e tese, informando os títulos em português, inglês e espanhol e a instituição responsável em que foi obtida;
- Resumo: Os resumos estão limitados a 200 palavras e estruturados em objetivos, método, resultados e conclusões incluindo a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico. Citações ou abreviaturas (exceto abreviaturas reconhecidas internacionalmente, tais como pesos, medidas e abreviaturas da área de Física ou Química) não são permitidas. Os autores são fortemente encorajados a não apresentar a informação estatística, mas apenas indicar o que é significativamente diferente (ou não) entre os parâmetros descritos.

- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o site <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Arquivo do artigo

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol. Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

Documentação obrigatória

No ato da submissão dos artigos deverão ser anexados no sistema on line a cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos, em formato PDF, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um, o comprovante do depósito bancário da taxa de submissão e o arquivo do artigo a ser avaliado.

O formulário individual de declarações deverá ser impresso, preenchido, digitalizado e anexado ao sistema on line.

Formatação obrigatória

- Papel A4 (210 x 297mm).
 - Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
 - Letra Times New Roman 12.
 - Espaçamento duplo em todo o arquivo.
 - As tabelas devem ser elaboradas utilizando a ferramenta do word e estarem inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais.
- Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, a localização e ano, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos, quadros, etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.
 - Ilustrações devem ser identificadas como figuras e estarem suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os artigos submetidos à publicação.
 - Tabelas, figuras, ilustrações e quadros devem ser limitados a 5, no conjunto.
 - Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.

- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
 - O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.
 - Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada, atualizadas, de abrangência nacional e internacional e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
 - Artigos de revisão sistemática em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada, atualizadas, de abrangência nacional e internacional e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
 - Cartas ao Editor, máximo de 1 página.
 - Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: a sociedade está cada vez mais violenta (sujeito 1).
 - Citações *ipsis litteris* usar apenas aspas, na sequência do texto.
 - Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordemem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.
 - Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).
- A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem: Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.

Modelo de referências

PERIÓDICOS

1 – Artigo padrão

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. *Congest Heart Fail.* 2008; 14(5):234-8.

2 - Artigo com mais de seis autores

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):18-24.

3 – Artigo cujo autor é uma organização

Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol.* 2005;62(2):241-8.

4 - Artigo com múltiplas organizações como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologia.* 2008;48(10):74-96. Russian.

5 – Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAtter JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment

interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia*. 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg*. 2005;102(3):489-94.

Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med*. 2005 Feb;98(2):53.

7- Artigo com indicação de subtítulo

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? *J Endourol*. 2008;22(9):2175-9.

8 – Artigo sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol* 2000; 75(6): 28-32.

9 – Artigo em idioma diferente do português

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):133-41. Espanhol.

10 – Artigo publicado em múltiplos idiomas

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. *Rev Latino-am Enfermagem set/out* 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.

11 – Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. *Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica*. [Revisão]. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(3):504-8.

12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive spectrum. *J Neurol*. 2008;255 Suppl 5:48-56.

Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6 Suppl 1:S3-58.

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. *Oncol Nurs Forum*. 2008;35 Suppl:7-12.

13 – Parte de um volume

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. *J Exp Biol*. 2008;211 Pt 23:3764.

14 – Parte de um número

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994;107(986 Pt 1):377-8.

15 – Artigo num fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988.

16 – Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. *Rev Paul Enfermagem* 1981;6-10.

17 – Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. *Nurs Clin North Am*. 2008;43(3):xiii-xvi.

18 - Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. Br J Nurs. 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. Br J Nurs. 2007;16(15):915.

19 - Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6): 1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008; 16(1): 163.

20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

21 - Artigo provido de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

22 - Artigo no prelo

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. In press 2009.23 – Artigo em idioma diferente do inglês Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. Rev Enferm. 2008; 31(11): 54-7. Spanish.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

24 - Livro padrão

Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing Diagnosis Handbo: an evidence-based guide to planning care. 8th.ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.

Bodenheimer HC Jr, Chapman R. Q&A color review of hepatobiliary medicine. New York: Thieme; 2003. 192 p.

25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar

Strong KE Jr. How to Select a Great Nursing Home. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.

26 - Livro editado por um autor/editor/organizador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

27 – Livro editado por uma organização

Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Books/Blackwells; 2005.

Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

28 - Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

29 - Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

30 - Livro publicado em múltiplos idiomas

Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.

31 – Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

32 - Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

33 – Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

34 - Capítulo de livro

Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.

PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS

35 - Proceedings de conferência com título

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. 320 p.

36 – Trabalho apresentado em evento e publicado em anais

Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a distância: perspectivas para a saúde. In Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. p. 255-60.

37 - Abstract de trabalho de evento

Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiati P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiological profile of children with developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of the brain. Abstracts de 12th World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Netherlands): Elsevier; 2004. p. 16.

TESES E DISSERTAÇÕES - sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas

38 – Dissertação/tese no todo

Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 141 p.

RELATÓRIOS

39 - Relatórios de organizações

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não – efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (US); fev 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.

PATENTE

40 - Patente

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

JORNAIS

41 - Matéria de jornal diário

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).

Talamone RS. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2009; Pesquisa: 04-05.

LEGISLAÇÃO

42 - Legislação

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em:

<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

43 - Código legal

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

44 - Livro na íntegra na internet

Berthelot M. La synthèse chimica. [internet]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1876. [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874>

45 - Livro na internet com múltiplos autores

Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [acesso em: 2 nov 2006]. 34 p. Disponível em:

http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlthcarecosts_953.pdf

46 - Capítulo de livro na internet

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet [Internet]. Washington: National Academy Press;

2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Acess: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: http://bo.s.nap.edu/openbo.php?record_id=9750&page=57

National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [internet]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: <http://newton.nap.edu/bos/030910078X/html/35.html>

47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco

Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um proceedings de conferência

Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons; 10-14 out 2004; New Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

49 - Monografia na internet

Agency Facts. Facts 24. Agência Européia para a segurança e a saúde no Trabalho. 2002. Violência no trabalho. [Acesso em: 27 fev 2008].

Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>

Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas. 2008. [Acesso em: 27 fev 2008].

Disponível em: <http://www.ipecc.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>

50 - Artigo de periódico na internet

Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure. Entropy [internet]. 2006 [acesso em: 08 jan 2007];8:131-3. Disponível em: <http://www.mdpi.org/entropy/htm/e8030131.htm>

51 - Artigo da internet com número de DOI

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. Rev Saúde Pública [internet]. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso

52 - Artigo de periódico da internet com partícula hierárquica no nome

Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external reinforcement in perceptual learning. J Vis [internet]. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em: <http://journalofvision.org/6/9/9/>

53 - Artigo de periódico da internet com organização como autor

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. S Afr Med J [internet]. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf

54 - Artigo de periódico da internet com paginação em números romanos

Meyer G, Foster N, Christrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. Health Serv Res [Internet]. abril 2001 [acesso em: 9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1089210&blobtype=pdf>

55 - Artigo de periódico da internet com mesmo texto em dois ou mais idiomas

Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México = Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso

de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. Rev Latino-am Enfermagem [internet]. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008];16(no. Spe):509-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso Português, Inglês, Espanhol.

56 - Artigo de periódico da internet com título em idioma diferente do português

Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol—life-threatening combination]. Lakartidningen. 2008 Oct 1-7;105(40):2782-3. Swedish.

57 - Proceedings de conferência na internet

Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a world perspective [internet]. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Research and Education Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em: <http://www.abms.org/publications.asp>

58 - Legislação na internet

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html

59 - Documentos publicados na internet

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento – Brasil Relatório Global – 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

60 - Verbete de dicionário na internet

Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005. Cloning; [cited 2006 Nov 16]; [about 1 screen]. Available from: <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednml?bo=Medical&va=cloning>

61 – Tese e Dissertação na internet (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das mesmas)

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software – protótipo [tese na internet]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSperandio.pdf>

62 - Homepage na internet

Biblioteca Virtual em Saúde [internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na internet com autor individual/organização

Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in 160 patients [internet]. São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. [1996] – [atualizada em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/>

Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006. [internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: <http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consulta34002030.htm>

64 - Bases de dados na íntegra na internet

Bases de Datos de Tesis Doctorales (TESEO) [internet]. Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia. [1976] - [acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html>

65 - Matéria de jornal na internet

Russo N. Transplantes crescem 12,5% em 98. Folha de São Paulo 19 jan 1999. [acessado em 5 de setembro de 2008]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff19019920.htm>

7.12.2 REVISTA DE PSIQUIATRICA DO RIO GRANDE DO SUL

Instruções aos autores

Linha editorial

Objetivo

A Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (RPRS) é uma publicação multidisciplinar revisada por pares (*peer-reviewed*) que garante publicar com rapidez artigos originais e revisões sólidas com foco na interação entre pesquisa experimental e pesquisa clínica na área de psiquiatria e saúde mental. Outros tipos de artigos que tenham como objetivo principal ajudar a traduzir descobertas fundamentais da pesquisa básica para a realidade da prática clínica psiquiátrica também serão considerados (ver a seguir os tipos de artigos aceitos). Os artigos podem verter sobre processos psicológicos e comportamento, neuropsicologia, psicofarmacologia, neurociência clínica, psicoterapia e outras áreas de relevância para um ou mais aspectos da psicopatologia e psiquiatria.

A revista tem como objetivo publicar pesquisa atual e original em áreas que cubram o amplo espectro da psiquiatria clínica e ciência básica, produzida por autores e instituições nacionais e internacionais com *expertise* em sua área de atuação.

A RPRS é publicada quadrimestralmente e é a publicação oficial da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (APRS).

Estas normas foram desenvolvidas com base nos Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, documento produzido e atualizado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). O texto integral do documento, em inglês, está disponível on-line no endereço <http://www.icmje.org/>. Há também uma versão em português disponível em http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp.

A RPRS está de acordo com as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, seguindo as orientações da BIREME/OPAS/OMS para a indexação de periódicos na LILACS e SCIELO, somente

serão aceitos para publicação artigos de pesquisas clínicas que tenham sido cadastrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE: <http://www.icmje.org/faq.pdf>. O número de identificação do registro deverá ser informado ao final do resumo.

Idioma de publicação

Os artigos submetidos à RPRS devem ser escritos preferencialmente em língua inglesa. Artigos em português também poderão ser submetidos, mas sua aceitação ficará condicionada à tradução da versão final para inglês, ficando os custos sob a responsabilidade dos autores (a revista pode indicar contatos de tradutores/revisores). Somente serão submetidos à revisão por pares (*peer review*) manuscritos escritos em linguagem clara e compreensível.

Envio do manuscrito

As submissões à RPRS devem ser feitas exclusivamente através do sistema on-line ScholarOne Manuscripts, disponível no endereço <http://mc.manuscriptcentral.com/rprs>. É necessário efetuar o registro dos dados de acesso (login e senha) antes de realizar a submissão.

O sistema apresenta vários campos obrigatórios e alguns campos opcionais. Um dos campos obrigatórios diz respeito à indicação de potenciais revisores para o manuscrito submetido. Os autores deverão informar nome, email e instituição/afiliação para cinco potenciais revisores, ou seja, *experts* no assunto, atuantes no Brasil ou no exterior, que não apresentem conflito de interesse para executar a tarefa (por exemplo, os indicados não podem ser do mesmo grupo de trabalho dos autores). A decisão final sobre quais revisores serão convidados para avaliar cada manuscrito fica a cargo dos editores.

Para obter suporte ao uso do sistema e informações sobre artigos submetidos, favor contatar Denise Arend no email revistarprs.denise@gmail.com ou no telefone (51) 9829.1725. Para obter outras informações sobre a revista, favor contatar a secretaria da APRS no telefone (51) 3024.4846.

Processo de revisão (*peer-review*)

Os artigos submetidos à RPRS serão, inicialmente, avaliados pelos editores quanto à conformidade entre o conteúdo apresentado e a linha editorial da revista. Se o artigo se enquadrar na política editorial da Revista e estiver de acordo com as instruções para autores, o trabalho será submetido a análise por dois revisores escolhidos pelos editores; os revisores escolhidos serão mantidos no anonimato. Dentro de 60 dias, os autores serão informados a respeito da aceitação ou das modificações sugeridas pelo Conselho Editorial. Cópias dos pareceres dos revisores serão enviadas aos autores. Os manuscritos aceitos condicionalmente serão enviados para os autores para que sejam efetuadas as modificações. Os autores deverão retornar o texto com as modificações solicitadas, no prazo máximo de 30 dias, devendo justificar caso alguma das solicitações não tenha sido atendida. A ausência de manifestação do autor no prazo citado será entendida como desistência de seguimento do processo de submissão. Após as modificações, o artigo será, então, enviado novamente aos revisores, que emitirão um

novo parecer, definindo a aceitação, a necessidade de novas correções ou a recusa do artigo. Baseada nos pareceres, a decisão final caberá aos editores.

Normas gerais de publicação

1. Artigos que apresentarem inconformidades com as normas descritas a seguir serão devolvidos para correção antes de serem submetidos à revisão por pareceristas.
2. Os artigos submetidos à *RPRS* são aceitos com base no pressuposto de que o material é original, ou seja, não foi publicado anteriormente no todo ou em parte e não foi nem está sendo submetido simultaneamente para publicação em outra(s) revista(s). A prévia apresentação do trabalho sob a forma de resumo ou pôster em encontros científicos (congressos, jornadas, etc.) é permitida, mas deve ser informada na folha de rosto do artigo.
3. Todos os autores devem ter participado ativamente da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e da redação ou revisão crítica do artigo. Além disso, todos os autores devem ter lido e aprovado a versão final do texto.
4. Uma vez que o artigo é publicado, os direitos autorais sobre a publicação passam automaticamente à *RPRS*, e a reprodução do texto no todo ou em parte passa a requerer autorização por escrito dos editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.
5. A *RPRS* é publicada em forma impressa e também on-line, em www.scielo.br/rprs.
6. Um autor deverá ser identificado como responsável pela correspondência, informando endereço completo (incluindo CEP), fone, fax e e-mail de contato.
7. Quaisquer conflitos de interesse (por exemplo, profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) devem ser mencionados na carta e na folha de rosto do artigo.
8. Nos ensaios clínicos, o anonimato deve ser preservado, e os autores devem descrever claramente, na metodologia, a existência e aplicação do consentimento informado, assim como a aprovação do protocolo pelo comitê de ética da instituição na qual o estudo foi realizado. Uma declaração informando que o ensaio foi cadastrado em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE (endereços disponíveis em <http://www.icmje.org/faq.pdf>) também deve ser incluída. Essas informações têm que estar presentes tanto na carta quanto na folha de rosto do artigo.
9. Os artigos devem ser digitados em um processador de texto para PC (Word ou similar) em folha A4, fonte Arial 12 e espaço duplo (incluindo tabelas e referências), com margens de 3 cm em todos os lados. Todas as páginas devem ser numeradas.

Tipos de artigos publicados

1) **Artigos de Revisão:** Revisões sistemáticas e atuais sobre temas relevantes para a linha editorial da revista. Esses artigos se destinam a englobar e avaliar criticamente os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, comentando trabalhos de outros autores. Devem ter até 7.000 palavras, e a soma de tabelas e figuras não deve ultrapassar o total de seis. Não há um formato fixo para a estrutura formal do texto, porém os artigos devem ser acompanhados de um resumo não-estruturado com até 250 palavras.

2) **Comunicações Breves:** Artigos com dados originais, porém mais curtos, com resultados preliminares ou de relevância imediata. Devem conter no máximo 2.000 palavras, uma tabela ou figura e ser compostas das seções Introdução, Método, Resultados e Discussão. Para esses artigos, deve-se apresentar um resumo estruturado com no máximo 200 palavras e subdivisões obedecendo a apresentação formal do artigo.

3) **Editoriais:** Comentários críticos e aprofundados, preparados pelos editores e/ou a convite dos editores, por pessoas com notória experiência no assunto abordado.

4) **Artigos Originais:** Apresentam resultados inéditos de pesquisa e devem conter todas as informações relevantes necessárias para que o leitor possa repetir o experimento se assim desejar, além de avaliar seus resultados e conclusões. Sua estrutura formal deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e outras subdivisões, se necessárias. Os artigos podem conter até 6.000 palavras para o texto propriamente dito e podem ter, no máximo, seis tabelas ou figuras. Para esses artigos, deve-se apresentar um resumo estruturado com no máximo 250 palavras e subdivisões obedecendo a apresentação formal do artigo.

5) **Relatos de Caso:** Apresentação de experiência profissional, através de estudos de caso único ou de um conjunto de casos peculiares com comentários sucintos de interesse à atuação de outros profissionais da área. Devem conter no máximo 1.500 palavras. O autor deverá empregar todos os esforços para preservar o anonimato do paciente, sem distorcer dados científicos relevantes. Deve ser feita menção explícita à existência de consentimento livre e esclarecido do paciente para a publicação dos dados (em meio impresso e eletrônico) ou justificativa do autor para a ausência do consentimento. Relatos de caso devem ser acompanhados de um resumo de até 200 palavras estruturado com as subdivisões Objetivo, Descrição do caso e Comentários.

6) **Cartas aos Editores:** Opiniões e comentários sobre material publicado na revista, sua linha editorial, temas de relevância científica, observações clínicas ou dados novos. Os textos devem ser breves, com no máximo 500 palavras. Apenas uma tabela e uma figura são permitidas.

7) **Resenhas:** Revisão crítica de livros recém-publicados, com um resumo comentado e opiniões que possam dar uma visão geral da obra e orientar o leitor quanto a suas características e usos potenciais. Devem ser breves, preparadas por especialistas da área. Antes do texto, deve-se incluir a referência bibliográfica completa da obra, e no final, a assinatura, titulação acadêmica e afiliação institucional do autor da resenha.

Folha de rosto

As seguintes informações devem constar na primeira página:

- 1) título do artigo, que deve ser conciso e completo, com a respectiva versão em inglês;
- 2) título abreviado;
- 3) nomes dos autores na forma como deverão ser publicados, categoria profissional e afiliação institucional principal;
- 4) nome do departamento e instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído;
- 5) indicação do autor responsável pela correspondência e dados completos para contato;
- 6) nome da agência de fomento que concedeu auxílio, se houver;
- 7) indicação de conflitos de interesse;
- 8) indicação de obtenção de consentimento informado e de aprovação do protocolo pelo comitê de ética;
- 9) declaração de transferência de direitos autorais;
- 10) se o artigo foi baseado em tese acadêmica, indicação de título da tese, ano e instituição onde foi apresentada;
- 11) se o artigo foi apresentado em reunião científica, indicação do nome do evento, local e data da realização;
- 12) contagem de palavras do texto do artigo (sem incluir página de rosto, abstract, resumo, referências e tabelas/figuras);
- 13) classificação do tipo de artigo que está sendo submetido (artigo original, artigo de revisão, relato de caso, carta, etc.);
- 14) data da última revisão bibliográfica realizada pelo(s) autor(es) sobre o assunto.

Resumo e palavras-chave

Após a folha de rosto, deve ser apresentado um resumo em português e um *abstract* em inglês de acordo com os limites de palavras e estrutura definidos para cada tipo de artigo (ver acima). Após o resumo e o abstract, devem ser indicados três a seis descritores em português, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, <http://decs.bvs.br>) publicados pela BIREME, e 3 a 6 descritores em inglês, de acordo com os Medical Subject Headings (MeSH, <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) publicados pela National Library of Medicine.

Análise estatística

Os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente

interpretados. Os níveis de significância estatística (por exemplo, $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Abreviações

As abreviações devem ser definidas no texto no momento de sua primeira utilização. Em seguida, não se deve repetir o nome por extenso.

Medicamentos

Devem ser mencionados apenas por seu nome genérico.

-

Agradecimentos

Devem incluir a colaboração de pessoas, grupos ou instituições que merecem reconhecimento mas que não têm justificadas suas inclusões como autores. Exemplos incluem agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

Referências

A citação das referências no texto deve ser numérica e sequencial, conforme a ordem de aparecimento, utilizando algarismos arábicos sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores. A numeração de referências citadas em tabelas e legendas de figuras deve respeitar a ordem sequencial considerando o ponto onde a tabela/figura foi mencionada no texto.

Referências devem ser listadas no final do artigo conforme a ordem de citação no texto, de acordo com as normas do ICMJE, disponíveis em http://www.nlm.gov/bsd/uniform_requirements.html. A exatidão das referências é responsabilidade dos autores, tanto no sentido de garantir que todos os trabalhos citados no texto constam na lista e vice-versa, quanto no sentido de respeitar os modelos apresentados a seguir.

Artigos de periódicos

Listar os primeiros seis autores, seguidos de "et al."

Artigos que foram aceitos para publicação mas que ainda se encontram no prelo deverão apresentar a expressão "In press" após o nome da revista.

Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT, Kueppenbender KD, Zanarini MC, Shea MT. Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7):1173-8.

Livros e outras monografias citadas no todo

Nardi AE, Valença AM. Transtorno do pânico: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Capítulos de livro

Cassorla RMS. A morte e o morrer. In: Botega NJ, ed. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 417-29.

Teses

Zavaschi MLS. Associação entre depressão na vida adulta e trauma psicológico na infância [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

Conferências

Faraone SV. A genetic perspective on the validity of adult ADHD. In: 11th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2002 May 18-23; Philadelphia, USA. Washington: APA; 2002.

Artigos de periódico em formato eletrônico

Stefano SC, Borges MBF, Claudino AM. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Psiquiatr Med*. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atul_07.htm. Acessado jul 2006.

Tabelas, figuras e gráficos

Tabelas não devem ser submetidas como imagens, e sim produzidas utilizando a ferramenta específica para este fim disponível no processador de texto. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Explicações complementares às tabelas devem ser apresentadas como notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, etc. As tabelas devem ser numeradas em ordem consecutiva, com algarismos arábicos. Cada tabela deve constar em uma folha separada, com um título conciso. Devem ser citadas no texto, sem duplicação de informação.

Figuras (fotografias, ilustrações, gráficos, desenhos, etc., todos denominados de figuras) também devem ser numeradas em ordem consecutiva, com algarismos arábicos, e devem ser enviadas em arquivos separados (.tif, preferencialmente), com resolução mínima de 300 dpi. Fotografias de pacientes não devem permitir sua identificação. Cada ilustração deve ter uma legenda, incluindo o título da figura e explicações complementares, quando necessário. As legendas de figuras devem ser apresentadas reunidas em uma única página ao final do arquivo de texto.

Tabelas e figuras retiradas de trabalhos já publicados devem ser acompanhadas de autorização por escrito do detentor do direito autoral