



**Universidade de Aveiro**

Departamento de Educação e Psicologia

**2017**

**BETANIA SOFIA  
DA SILVA  
DA COSTA  
BASÍLIO**

**ESTÁDIOS MOTIVACIONAIS E QUALIDADE DE VIDA  
EM INDIVÍDUOS COM ALCOOLISMO**



**Universidade de Aveiro** Departamento de Educação e Psicologia  
2017

**BETANIA SOFIA  
DA SILVA  
DA COSTA  
BASÍLIO**

**ESTÁDIOS MOTIVACIONAIS E QUALIDADE DE VIDA  
EM INDIVÍDUOS COM ALCOOLISMO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Aida Figueiredo, Professora Auxiliar do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro e sob a coorientação da Professora Doutora Paula Carrinho.

*“O álcool não consola, não preenche os vazios psicológicos, mas supre a ausência de Deus. Não compensa o homem. Pelo contrário, anima a sua loucura, transporta-o a regiões supremas onde é mestre do seu próprio destino.”*

**Marguerite Duras**

## **o júri**

presidente

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira,  
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro.

Professora Doutora Mónica José Abreu Sousa,  
Coordenadora, Ad Elo - Associação de Desenvolvimento Local da  
Bairrada e Mondego.

Professora Doutora Aida Maria, de Figueiredo Ferreira,  
Professora Auxiliar, Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

Quero agradecer a todos aqueles que permitiram a realização desta Dissertação.

À orientadora, a Professora Doutora Aida Figueiredo, e à coorientadora, Professora Doutora Paula Carrinho, muito obrigada pelo vosso apoio e por contribuírem com os vossos conhecimentos científicos. Agradeço ainda, à Professora Doutora Anabela Pereira pelo seu incentivo e inspiração para realizar esta investigação.

À instituição Casa de Saúde São João de Deus, pela sua hospitalidade e pelos contributos à minha investigação, especialmente ao Diretor Eduardo Lemos, ao Diretor de enfermagem Enfermeiro Manuel Freitas, à Dra. Orlanda Olim, pela sua dedicação e o seu apoio incondicional à investigação e ao meu percurso pela instituição. À equipa multidisciplinar do Centro de Recuperação Alcoólica, especialmente ao Coordenador Enf. Sérgio Lima e ao Diretor Clínico Dr. Luís Felipe Fernandes, porque o vosso apoio foi fundamental.

Um agradecimento especial para o meu marido pelo seu apoio, pelo seu carinho e pela sua paciência e pelo enorme sacrifício. Agradeço também ao meu *príncipe* Santiago, o meu bebé, no ventre da mãe desde o início desta investigação e foi sempre a minha motivação para concretizar esta etapa da minha vida. Agradeço especialmente aos meus pais e à minha irmã pelo apoio incondicional e pelo sacrifício, por serem os meus pilares. Agradeço também aos meus sogros porque me deram apoio incondicional para continuar sempre apesar das adversidades.

Não posso deixar de referir todos aqueles que sem o seu incondicional apoio, não teria conseguido: a Águeda, Francisco e Melanie pelo vosso apoio incondicional, pelos vossos contributos, pelos vossos mimos, pela vossa paciência e pela motivação que me deram em cada momento.

**palavras-chave**

Alcoolismo, Estádios Motivacionais, Qualidade de Vida.

**resumo**

Este estudo teve como objetivo avaliar a evolução dos estádios motivacionais e a qualidade de vida em indivíduos com alcoolismo internados num Centro de Recuperação Alcoólica na Região Autónoma da Madeira. Simultaneamente, pretendeu-se avaliar as diferenças entre dois subgrupos de indivíduos: com e sem recaídas. A amostra do presente estudo foi constituída por 24 participantes, divididos pelos dois grupos, com 12 indivíduos cada, maioritariamente do sexo masculino (23 homens e 1 mulher), com idades compreendidas entre os 35 e os 62 anos, residentes em diferentes zonas da região. Foram avaliados através das escalas Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) e Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Os resultados observados indicam que existe uma melhoria nos estados motivacionais e na qualidade de vida dos indivíduos de ambos os grupos após o tratamento e que um maior número de recaídas está associado a um funcionamento social mais pobre e à fase de contemplação.

**keywords**

Alcoholism, Motivational Stages, Quality of Life.

**abstract**

This study aimed to evaluate the evolution of motivational stages and quality of life in individuals with alcoholism admitted to an Alcohol Recovery Center. Simultaneously, we intended to analyze the differences between two subgroups of individuals: with and without relapse. The sample consisted of 24 participants, divided by the two groups, with 12 individuals each, mostly male (23 men and 1 woman), aged between 35 and 62 years, living in different areas. The participants completed the following instruments: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) and Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Results indicate improvement in the motivational stages and quality of life of individuals of both groups after treatment. Additionally a greater number of relapses was associated with a poorer social functioning and with the contemplation phase.

## ÍNDICE

Introdução.....	1
Metodologia.....	6
Resultados.....	13
Discussão.....	18
Referências.....	21
Anexos.....	25



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra global e dos subgrupos.....	10
Tabela 2 - Caracterização da amostra global e dos subgrupos ao nível da dependência alcoólica.....	11
Tabela 3 - Coeficientes de consistência interna da Escala URICA.....	13
Tabela 4 - Correlações de Spearman entre as dimensões da Escala URICA .....	13
Tabela 5 - Coeficientes de consistência interna da Escala SF-36.....	14
Tabela 6 - Correlações de Spearman entre as dimensões da Escala SF-36.....	15
Tabela 7 - Testes de Wilcoxon para as dimensões da Escala URICA nos momentos pré-teste e pós-teste.....	16
Tabela 8 - Testes de Wilcoxon para as dimensões da Escala SF-36 nos momentos pré-teste e pós-teste .....	17

## INTRODUÇÃO

O álcool é uma substância com propriedades psicoativas que causa dependência, sendo que, atualmente, a utilização abusiva do álcool resulta na morte de cerca de 3,3 milhões de pessoas, com consequências em acidentes rodoviários, doenças cardiovasculares, doenças gastrointestinais, diabetes, cancro, traumatismos, morte fetal, cirrose, entre outras. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2014) indicam que, em 2010, 34% dos países da União Europeia tinham políticas públicas sobre o álcool, sendo Portugal um dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com maior consumo de álcool *per capita* (OECD, 2015).

O alcoolismo é uma doença crónica, caracterizada pelo consumo abusivo e dependente do álcool, potencialmente incapacitante, com consequências a vários níveis e contextos, nomeadamente ao nível da saúde física e mental, do contexto familiar, do relacionamento interpessoal, profissional e financeiro, da exclusão social ou da justiça, entre outros (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2016).

Em 1982 a OMS, no âmbito da 35.<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde, realizada em Genebra, no documento “Discussões Técnicas sobre Alcoolismo”, refere “problemas ligados ao álcool” ou “problemas de álcool”, como uma expressão para designar as consequências nocivas do consumo de álcool, que atingem não só o alcoólico, mas também a família e o seu entorno em geral, considerando que as perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2013), as perturbações relacionadas com o consumo de álcool têm um padrão mal-adaptativo, que leva a um prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestando-se por dois (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento, no mesmo período de 12 meses: 1) consumo frequente de grandes quantidades de álcool ou por um período mais longo do que o pretendido; 2) desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o álcool; 3) tempo excessivo gasto em atividades necessárias na procura do álcool, no seu consumo ou na recuperação dos seus efeitos; 4) desejo intenso ou urgência em consumir álcool (“craving”); 5) fracasso em cumprir obrigações importantes relativas ao seu papel no trabalho, na escola ou em casa devido ao uso recorrente de álcool; 6) problemas sociais ou interpessoais

persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelo consumo e efeitos do álcool; 7) abandono ou redução de importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em virtude do uso do álcool; 8) perigosidade física recorrente; 9) persistência no uso de álcool, apesar da consciência da existência de problema físico ou psicológico; 10) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: a) necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para adquirir a intoxicação ou efeito desejado e b) acentuada redução do efeito do uso continuado da mesma quantidade de álcool; 11) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: a) síndrome de abstinência característica para a substância; b) consumo para aliviar ou evitar sintomas de abstinência do álcool (ou substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos).

A classificação da gravidade da perturbação baseia-se na quantidade de critérios preenchidos pelo indivíduo, ou seja, na presença de dois a três sintomas considera-se uma dependência leve, na presença de quatro a cinco sintomas, uma dependência moderada e na presença de seis ou mais sintomas é classificada como uma dependência grave (APA, 2013).

Em relação às tipologias de consumo, e de acordo com a OPP (2016), estas podem ser classificadas em cinco diferentes formas.

Seguindo uma ordem crescente, a primeira tipologia consiste na abstinência, em que não existe consumo de álcool. Segue-se o consumo de baixo risco, em que o padrão é associado a uma baixa incidência de problemas de saúde e sociais. Neste caso, a quantidade máxima consumida varia de acordo com o gênero, é repartida pelas principais refeições e feita de modo descontínuo, sendo aconselhável não beber pelo menos dois dias por semana (OPP, 2016).

A terceira tipologia consiste no consumo de risco, que compreende um padrão de consumo ocasional ou continuado que, persistindo, aumenta a probabilidade de ocorrência de consequências prejudiciais. Segue-se o consumo nocivo, onde o padrão de consumo causa danos à saúde, quer físicos, quer mentais, acompanhado ou não de consequências negativas, contudo, não preenche os critérios de dependência (OPP, 2016).

Por fim, na dependência, o padrão de consumo é constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, que podem desenvolver-se após o consumo repetido de álcool, incluindo o desejo intenso de consumir álcool, descontrolo sobre o uso, manutenção do consumo independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações e o

aumento da tolerância e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (OPP, 2016).

Outra tipologia de consumo relevante, segundo a OMS (WHO, 2002) e atendendo ao seu aumento nos últimos anos, é o *Binge Drinking*, que consiste num padrão de consumos esporádicos excessivos, de cinco a seis bebidas no homem e de quatro a cinco bebidas na mulher, numa única ocasião e num espaço de tempo limitado, estando associado a uma maior probabilidade de sofrer consequências adversas.

No que concerne à mudança de comportamento nas dependências, o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (1994) considera que o processo de mudança percorre cinco estádios motivacionais: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção. A ocorrência de um lapso ou recaída remete o indivíduo novamente para o início do ciclo de mudança.

Na pré-contemplação o indivíduo não tem intenção de mudança e não existe crítica ou ambivalência face ao problema. Já na fase de contemplação, o indivíduo consciencializa-se de que existe um problema, contudo, mantém a ambivalência face à mudança. Na fase de preparação, o indivíduo consciencializa-se de que existe um problema e constrói um plano de ação para a mudança. Na ação, o indivíduo dá passos concretos no sentido da mudança, colocando em prática o plano elaborado na fase anterior. Na manutenção, o indivíduo mantém as mudanças alcançadas na fase anterior. No lapso ou recaída o indivíduo volta a consumir (OPP, 2016).

Quanto à intervenção clínica, esta deve ser ajustada às características da fase do Ciclo de Mudança em que o indivíduo se encontra. Quando o indivíduo está na fase de pré-contemplação, a intervenção deve ser orientada para o fornecimento de informação, com vista à consciencialização do problema por parte do indivíduo, bem como o reconhecimento dos riscos e dos problemas associados à continuação do comportamento atual; este processo de consciencialização é responsável pela transição para a fase de contemplação (OPP, 2016).

Na fase de contemplação, o indivíduo reconhece a existência do problema, mas ainda não pretende mudar o seu padrão de consumo (OPP, 2016). Assim, a intervenção deve centrar-se na análise das vantagens e desvantagens da mudança comportamental, reforçando a autoeficácia do indivíduo no sentido da mudança (OPP, 2016). Quando o indivíduo está preparado para a mudança, o mais importante será definir metas a atingir e assegurar um compromisso da sua parte em reduzir os consumos, para níveis de baixo risco; portanto, a sequência será: informação, estabelecimento de metas e reforço ou

encorajamento (OPP, 2016). Na fase de manutenção, é necessário programar consultas de seguimento e de suporte para ajudar a identificar situações de possível recaída face às metas propostas, pois o indivíduo que tem dificuldade em cumprir as metas a que se propôs poderá reconsiderar a intervenção feita e prever uma referenciação (OPP, 2016).

A prevenção da recaída é uma abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento de comportamentos de dependência, que investiga especificamente a natureza da recaída e o processo de comportamentos aditivos adquiridos ao longo da vida, como hábitos biológicos, psicológicos ou sociais que comportam consequências a nível da saúde, familiares e sociais (Marlatt & Witkiewitz, 2005). De acordo com alguns autores (e.g. Crady, 2017; Marlatt & Witkiewitz, 2005), o indivíduo envolve-se em comportamentos tipicamente aditivos porque procura recompensas imediatas de aumento do prazer e/ou diminuição da dor, sendo estas adições caracterizadas, geralmente, por períodos de abstinência e períodos de recaída.

Marlatt e Gordon (1993) fazem referência à diferença entre recaída e lapso, definindo a primeira como o retomar os padrões nocivos de consumo e a segunda como uma situação pontual, em que o consumo de bebidas alcoólicas não se mantém. Desta forma, a recaída não está diretamente relacionada com a falta de motivação, nem com o sucesso do tratamento, pois faz parte deste (Ranganathan, 2005). O processo de mudança que ocorre durante o tratamento varia consoante o tempo e o trabalho que cada indivíduo disponibiliza, pelo que podem existir algumas tentativas antes que o objetivo da recuperação seja atingido (Ranganathan, 2005). Por sua vez, os pedidos de ajuda variam consoante a intensidade das recaídas, sendo que alguns indivíduos pedem ajuda após terem voltado a consumir uma única bebida alcoólica, enquanto outros voltam aos consumos regulares antes de pedir ajuda (Ranganathan, 2005).

No que respeita à qualidade de vida em indivíduos com alcoolismo, esta encontra-se diretamente ligada às consequências do consumo dependente de álcool. O conceito de qualidade de vida é multidimensional, tendo variadas definições e utilizações. Está associado ao bem-estar, a experiências positivas e aos valores de cada indivíduo, nomeadamente à felicidade, ao sucesso, à riqueza, à saúde e à satisfação pessoal. A qualidade de vida é entendida consoante a perceção que cada pessoa tem sobre a sua posição na vida, de acordo com a sua cultura e com o sistema de valores em que se insere, com os seus objetivos, interesses, padrões e expetativas (Schalock, 2004).

Na Região Autónoma da Madeira (RAM), por razões de ordem geográfica, histórica, cultural, social e económica, o consumo de álcool é muito elevado e está

intrinsecamente ligado à produção de cana-de-açúcar utilizada no fabrico da aguardente, bem como à produção de vinho, sendo esta a bebida de preferência, sem mudanças significativas nos últimos anos (Gameiro & Lemos, 2015).

O alcoolismo é uma problemática de saúde com grande relevância na RAM. A Casa de Saúde São João de Deus (CSSJD) é a única instituição responsável pelo tratamento do alcoolismo em regime de internamento, apresentando algumas características, tais como o fenómeno da “porta giratória”, em que as pessoas podem ser reinternadas várias vezes após recaídas. Identificada esta problemática, este estudo tem como objetivo geral a avaliação dos estádios motivacionais e a qualidade de vida em utentes internados num centro de recuperação alcoólica.

Como objetivos de estudo específicos foram definidos os seguintes: 1) efetuar a caracterização social e demográfica de uma amostra de participantes internados no centro de recuperação alcoólica; 2) identificar as perturbações do uso do álcool e as tipologias de consumo dos utentes internados; 3) avaliar o estágio motivacional no primeiro dia de internamento e no último dia de internamento; 4) avaliar a qualidade de vida no primeiro dia de internamento e no último dia de internamento; 5) averiguar a existência de diferenças ao nível dos estádios motivacionais e da qualidade de vida dos utentes antes e após o tratamento; 6) avaliar a relação entre o número de recaídas e os estádios motivacionais e a qualidade de vida; 6) identificar as variáveis sociodemográficas associadas à dependência alcoólica e às recaídas e 7) identificar as variáveis sociodemográficas associadas aos estádios motivacionais e à qualidade de vida.

Tendo em conta os objetivos supracitados, foram definidas as seguintes hipóteses de investigação:

*Hipótese 1 – Os estádios motivacionais e a qualidade de vida de uma pessoa alcoólica internada num centro de recuperação alcoólica melhoram após o tratamento.*

*Hipótese 2 – O número de recaídas está associado aos estádios motivacionais e à qualidade de vida.*

*Hipótese 3 – O nível de dependência alcoólica está associado a determinadas características sociodemográficas (idade, estado civil, zona de residência e situação profissional).*

*Hipótese 4 – O número de recaídas está associado a determinadas características sociodemográficas (idade, estado civil, zona de residência e situação profissional).*

*Hipótese 5 – Os estádios motivacionais e a qualidade de vida estão associados a determinadas características sociodemográficas (idade, estado civil, zona de residência e situação profissional).*

## **METODOLOGIA**

### **Caracterização da instituição**

A CSSJD pertence à Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, entidade de cariz religioso. A sua missão é prestar cuidados de saúde humanizados e apoio social à população em geral. Esta instituição situa-se no Funchal, com as primeiras referências datadas do séc. XVII, sendo conhecida por Quinta do Trapiche. Foi inaugurada oficialmente a 10 de agosto de 1924 e passou a ser a instituição responsável por receber utentes do sexo masculino com problemas do foro da saúde mental, sendo admitidas mulheres apenas no seu Centro de Recuperação de Alcoologia (CRA).

Atualmente é um estabelecimento de saúde nas áreas da psiquiatria, dependências e reabilitação psicossocial, dedicado ao bem-estar dos seus utentes e respetivas famílias. Dispõe, presentemente, de 270 camas, distribuídas pela unidade de agudos, CRA, cinco unidades de reabilitação psicossocial e quatro unidades de evolução prolongada. Para além destas unidades, a CSSJD dispõe de uma residência inserida na comunidade, pertencente à unidade Estrelícia e, ainda, uma Unidade de Psicogeriatria.

O CRA, intitulado Unidade Ricardo Pampuri, entrou em funções em 1979, com o principal objetivo de promover a desintoxicação orgânica e a reabilitação familiar, social e psicológica do utente, ajudando na recuperação da dependência alcoólica.

### **Instrumentos**

De modo a efetuar-se a caracterização da amostra de acordo com diversas variáveis sociodemográficas, designadamente: género, idade, estado civil, habilitações literárias, residência, situação profissional e os hábitos e padrões de consumo aplicou-se um questionário sociodemográfico aos participantes.

Para além do questionário aplicado na recolha de dados sociodemográficos, foram ainda utilizados os seguintes instrumentos: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001; Cunha, 2002), aplicado para identificar tipologias de consumo; University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA: McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983, versão portuguesa revista: Lopes, Prieto, Delgado, Gamito, & Trigo, 2007), para avaliar a motivação para o

tratamento de substâncias psicoativas e a Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36: Ware, Kosinski & Keller, 1994, versão portuguesa revista: Ferreira, 2000), para avaliar o estado de saúde nas componentes físicas e mentais.

### **Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT (ANEXO 1)**

O AUDIT permite detetar o consumo excessivo de álcool. Este instrumento foi desenvolvido pela OMS e encontra-se validado em seis países. O AUDIT é uma medida de fácil utilização, que pode ser aplicado em forma de entrevista e como questionário de autopreenchimento (Anderson, Gual & Colom, 2005). É composto por dez questões, das quais oito apresentam cinco opções de resposta, pontuadas de 0 a 4; e as duas últimas têm três opções de resposta, pontuadas como 0, 2 e 4 (Babor, Fuente, Saunders, & Grant, 1992; cit. in DGS, 2014).

O estudo de validação original do AUDIT apresentou uma sensibilidade de 92% e uma especificidade de 94%, para um ponto de corte de oito pontos na deteção de consumos de risco e nocivos atuais, manifestando um desempenho igual ou superior a outros instrumentos (Babor et al., 1992, cit. in DGS, 2014). Estudos posteriores encontraram valores díspares (sensibilidade: 31% a 89%; especificidade: 83% a 96%), não tendo sido possível agregá-los numa meta-análise recente devido à presença de elevada heterogeneidade. As questões do AUDIT apresentam boa consistência, podendo incluir amostras de diferentes géneros, idades e contextos culturais, embora existam algumas variações no ponto de corte em outros países (Berner, Kriston, & Bentele, 2007, cit. in DGS, 2014).

### **University of Rhode Island Change Assessment Scale – URICA (ANEXO 2)**

A escala URICA foi desenvolvida por McConaughy, Prochaska, e Velicer (1983) e permite avaliar os estádios motivacionais do indivíduo para a mudança, com base no modelo transteórico de mudança de Prochaska e DiClemente (1983). Esta escala é constituída por 32 perguntas, divididas em quatro subescalas, correspondentes aos seguintes estágios de mudança: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção (Szupszynski & Oliveira, 2008).

A versão portuguesa da URICA (Lopes et al., 2007) é uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (1 - *discordo*; 2 - *concordo*; 3 - *indeciso*; 4 - *concordo* e 5 - *concordo totalmente*). Esta escala investiga os quatro estádios motivacionais supracitados: pré-contemplação (itens 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 e 31, encontram-se invertidos); contemplação



(itens 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 e 24); ação (itens 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 e 30) e manutenção (itens 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28 e 32). Os resultados variam entre 8 e 32 pontos para cada um dos estádios, sendo possível identificar, no momento da aplicação, o estágio motivacional predominante. A escala apresenta uma boa consistência interna, sendo considerada uma medida fiável e com valor preditivo (Pantolon & Swanson, 2003).

### **Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey – SF-36 (ANEXO 3)**

A SF-36 é uma escala que tem como objetivo medir concepções de saúde correspondentes à funcionalidade de um indivíduo. Contém 11 questões e 36 itens, que exploram oito dimensões do estado de saúde. Estas dimensões são representativas dos valores básicos inerentes à funcionalidade e ao bem-estar do indivíduo e permitem averiguar o seu estado físico e mental (Ferreira, 2000; Pimenta et al., 2008).

As oito dimensões delimitam-se da seguinte forma: dez itens correspondentes à capacidade funcional, quatro itens inerentes aos aspetos físicos, dois itens referentes à dor, cinco itens que compreendem a saúde geral, quatro itens da vitalidade, dois itens que abordam os aspetos sociais, três itens referentes aos aspetos emocionais e cinco itens para a saúde mental. A escala abrange, ainda, uma questão comparativa da situação de saúde atual em relação há de um ano atrás (Pimenta et al., 2008).

A pontuação bruta obtida é, posteriormente, transformada em valores entre 0-100 para cada uma das dimensões, sendo 0 o pior resultado e 100 o melhor resultado possível. A conversão é feita através da seguinte expressão:  $[(\text{Soma} - \text{Min}) / (\text{Max} - \text{Min})] * 100$  (Ferreira, 2000; & Pimenta et al., 2008).

### **Participantes**

O estudo incidiu em pessoas com alcoolismo, internadas no CRA da instituição CSSJD. Os indivíduos são encaminhados para internamento pelos respetivos centros de saúde da sua localidade, após consulta de psiquiatria ou através de parceiros da instituição, nomeadamente a Associação Anti-Alcoólica da Madeira e Associação Protetora dos Pobres.

A seleção da amostra obedeceu a determinados critérios de inclusão e de exclusão, tendo em conta os objetivos do estudo. Os critérios de inclusão foram: a) ter mais de 18 anos; b) apresentar síndrome de dependência alcoólica e c) obter uma pontuação superior a 20 valores na escala AUDIT. Por sua vez, os critérios de exclusão foram: a) resistência

a cumprir o internamento; b) omissão de dados; c) perturbações psiquiátricas graves (e.g. esquizofrenia, demência, entre outros).

Com base nestes critérios a amostra foi constituída por 24 participantes, posteriormente subdivididos em dois grupos, em conformidade com os objetivos do estudo: grupo sem recaídas (GSR) e grupo com recaídas (GCR). O primeiro grupo é constituído por indivíduos internados pela primeira vez e que não apresentavam recaídas ( $n = 12$ ). O segundo grupo inclui apenas os participantes que apresentavam recaídas e reinternamentos ( $n = 12$ ).

A amostra do GSR conta com um total 12 participantes, dos quais 11 são do sexo masculino (91.7%) e uma do sexo feminino (8.3%), com idades compreendidas entre os 35 e os 59 anos ( $M = 46.42$ ,  $DP = 8.88$ ) (Tabela 1).

Por sua vez, a amostra do GCR é constituída apenas por participantes do sexo masculino ( $n = 12$ ), com idades compreendidas entre os 36 e os 62 anos ( $M = 48.67$ ,  $DP = 8.86$ ) (Tabela 1).

Quanto ao estado civil dos participantes (Tabela 1), verifica-se que no GSR, a maioria dos participantes é casado ou vive em união de facto (58.33%), três são solteiros (25%) e dois são divorciados ou separados (16,67%). No GCR, grande parte dos participantes são solteiros ( $n = 5$ ; 41.7%), três são casados (25%) e os restantes quatro divorciados ou separados (33,33%).

Em relação às habilitações literárias (Tabela 1), no GSR verifica-se que quatro participantes têm o 1.º ciclo (33.3%) e outros quatro o 2.º ciclo (33.3%), dois não têm escolaridade (16.7%) e os restantes dois têm o 3.º ciclo ou ensino superior (16.7%). No GCR, o maior número de indivíduos tem o 1º ciclo ( $n = 5$ ; 41,7%), dois não têm escolaridade (16.7%), dois apresentam o 2.º ciclo (16.7%), outros dois o 3.º ciclo (16.7%) e apenas um tem ensino superior (8.3%).

Quanto ao concelho de residência (Tabela 1), verifica-se uma distribuição de ambos os grupos por diversos concelhos. O GSR é constituído maioritariamente por residentes do Funchal ( $n = 4$ ; 33,33%) e de Câmara de Lobos ( $n = 2$ ; 16.7%), sendo que os restantes cinco participantes estão distribuídos pelos concelhos de Santa Cruz ( $n = 1$ ; 8,33%), Ribeira Brava ( $n = 1$ ; 8,33%), Santana ( $n = 1$ ; 8,33%), Ponta de Sol ( $n = 1$ ; 8,33%), São Vicente ( $n = 1$ ; 8,33%) e Machico ( $n = 1$ ; 8,33%). Já maioria dos participantes do GCR reside no Funchal ( $n = 7$ ; 58.3%), sendo que os restantes cinco participantes residem em Santa Cruz ( $n = 2$ ; 16.7%), Câmara de Lobos ( $n = 1$ ; 8,33%), Ribeira Brava ( $n = 1$ ; 8,33%) e Santana ( $n = 1$ ; 8,33%).

Por fim, no que concerne à situação profissional dos participantes (Tabela 1), é possível observar que no GSR, metade dos participantes encontra-se desempregado ( $n = 6$ ; 50%), cinco a trabalhar a tempo inteiro ( $n = 5$ ; 41.7%) e apenas um a trabalhar em regime de *part-time* (8.3%). Já no GCR, a maioria dos participantes encontra-se desempregado ( $n = 9$ ; 75%) e os restantes três trabalham em regime de *part-time* (25%), não havendo nenhum participante a trabalhar a tempo inteiro.

*Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra global e subgrupos (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, concelho de residência e situação profissional).*

Variável		GSR ( $n = 12$ )		GCR ( $n = 12$ )		Amostra Global ( $N = 24$ )	
		<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
<b>Sexo</b>	Masculino	11	91.7	12	100	23	95.8
	Feminino	1	8.3	0	0.0	1	4.2
<b>Estado civil</b>	Solteiro/a	3	25.0	5	41.7	8	33.3
	Casado/a	6	50.0	3	25.0	9	37.5
	Divorciado/a	1	8.3	2	16.7	3	12.5
	União de facto	1	8.3	0	0	1	4.2
	Separado/a	1	8.3	2	16.7	3	12.5
<b>Habilitações Literárias</b>	Sem escolaridade	2	16.7	2	16.7	4	16.7
	1.º Ciclo	4	33.3	5	41.7	9	37.5
	2.º Ciclo	4	33.3	2	16.7	6	25.0
	3.º Ciclo	1	8.3	2	16.7	3	12.5
	Ensino superior	1	8.3	1	8.3	2	8.3
<b>Concelho de Residência</b>	Funchal	4	33.3	7	58.3	11	45.8
	Santa Cruz	1	8.3	2	16.7	3	12.5
	Câmara de Lobos	2	16.7	1	8.3	3	12.5
	Ribeira Brava	1	8.3	1	8.3	2	8.3
	São Vicente	1	8.3	0	0.0	1	4.2
	Ponta do Sol	1	8.3	0	0.0	1	4.2
	Santana	1	8.3	1	8.3	2	8.3
	Machico	1	8.3	0	0.0	1	4.2
<b>Situação Profissional</b>	Desempregado	6	50.0	9	75.0	14	58.3
	Part-time	1	8.3	0	0.0	1	4.2
	Full-time	5	41.7	3	25.0	8	33.3
<b>Idade</b>		<i>M (DP)</i>	<i>Mín - Máx</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Mín - Máx</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Mín - Máx</i>
		46.42 (8.88)	35 - 59	50.92 (8.61)	36 - 62	48.67 (8.86)	35 - 62

No que diz respeito ao nível de dependência alcoólica dos participantes, a Tabela 2 permite observar que vários participantes iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas em idades precoces. No GSR o primeiro consumo alcoólico dos participantes ocorreu entre os três e os 25 anos de idade, com uma idade média de 14 anos ( $M = 14.42$ ;  $DP = 5.81$ ). Já no GCR o primeiro consumo ocorreu ligeiramente mais tarde, entre os sete e os 32 anos de idade, com uma idade média de 16 anos ( $M = 16.08$ ;  $DP = 6.29$ ).

Os participantes do GSR apresentam uma média de 15 anos de dependência alcoólica ( $M = 15.08$ ;  $DP = 13.43$ ), que varia entre os dois e os 46 anos de dependência. Os participantes deste grupo consomem entre 30 a 853,50 gramas de álcool por dia ( $M = 335,08$ ;  $DP = 232,93$ ) e obtiveram uma classificação de entre 25 a 39 pontos na escala AUDIT, perfazendo uma média grupal de 31.75 pontos nesta escala ( $DP = 4.48$ ).

Por sua vez, os participantes do GCR apresentam uma média superior de anos de dependência alcoólica ( $M = 19.08$ ;  $DP = 13.87$ ), que varia entre os três e os 48 anos de dependência. O consumo médio diário destes participantes é, também, ligeiramente superior ( $M = 432,71$ ;  $DP = 294,30$ ), variando entre 1,13 a 1067 gramas de álcool por dia. Na escala AUDIT, o GCR obteve uma classificação média de 32.67 ( $DP = 5.25$ ), com classificações entre os 25 e os 40 pontos, o que se aproxima amplamente das classificações do GSR.

*Tabela 2 – Caracterização da amostra global e dos subgrupos ao nível da dependência alcoólica (idade do primeiro consumo, número de anos de dependência alcoólica, consumo diário de álcool e pontuação obtida no AUDIT).*

Variável	GSR (n = 12)		GCR (n = 12)		Amostra Global (N = 24)	
	M (DP)	Mín - Máx	M (DP)	Mín - Máx	M (DP)	Mín - Máx
<b>Idade 1.º consumo</b>	14.42 (5.81)	3 - 25	16.08 (6.29)	7 - 32	15.25 (5.98)	3 - 32
<b>N.º anos de dependência alcoólica</b>	15.08 (13.43)	2 - 46	19.08 (13.87)	3 - 48	17.08 (13.51)	2 - 48
<b>Quantidade (gr) de consumo diário de álcool*</b>	335.08 (232.93)	30 - 853.50	432.71 (294.30)	1.13 - 1067	383,90 (264.31)	1.13 - 1067
<b>AUDIT</b>	31.75 (4.48)	25 - 39	32.67 (5.25)	25 - 40	32.21 (4.79)	25 - 40

\* Conversão do volume de álcool em gramas = quantidade consumida \* n.º graus \* 0.8 / 100.

## Procedimentos

Os dados foram recolhidos na instituição CSSJD-Funchal, mediante o contacto prévio e autorização da direção da instituição para desenvolver a investigação no CRA, respeitando os parâmetros definidos pelo comité de ética.

Foram respeitados todos os procedimentos éticos e deontológicos, incluindo a participação voluntária e garantia da confidencialidade aos participantes. Importa referir que os participantes não receberam nenhuma compensação monetária pela participação no estudo.

No primeiro dia de internamento, os participantes foram sujeitos a uma avaliação pela equipa multidisciplinar do CRA, nomeadamente: enfermeiros, psiquiatra, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional e pela orientadora espiritual da instituição. Após o acolhimento, os participantes responderam a um questionário sociodemográfico. Posteriormente foi aplicada a escala AUDIT para verificar o nível de dependência alcoólica e os padrões de consumo de cada participante.

A intervenção no CRA inicia-se pelo tratamento medicamentoso para a desabitação física e terapêutica da doença. Conjuntamente, o CRA conta com um programa de atividades variadas, tais como sessões de psicoterapia individual e grupal, sessões de psicoeducação e desenvolvimento pessoal e terapias nas quais se abordam diferentes temáticas de saúde e se realizam dinâmicas de grupo. Estas atividades visam, ainda, o envolvimento das famílias no processo de tratamento e é dado um seguimento aos pacientes após o processo de alta.

### **Análise de dados**

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa IBM SPSS *Statistics* 23.0. Primeiramente, apresentam-se as análises de validação interna e externa das escalas URICA e SF-36.

A análise exploratória dos dados revelou não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos. Desta forma, foram efetuadas estatísticas descritivas para as variáveis sociodemográficas, seguindo-se a análise de correlações e de diferenças, através da utilização de testes não-paramétricos.

## RESULTADOS

### Validação Interna das Escalas URICA e SF-36

Determinaram-se os coeficientes de consistência interna (*índices de homogeneidade alpha*) obtidos nas quatro dimensões da escala URICA (Tabela 3), considerando a amostra de 24 sujeitos.

Tabela 3 - Coeficientes de consistência interna da Escala URICA.

Dimensões URICA	Itens constituintes da dimensão	Alpha Cronbach
PC - Pré-contemplação	1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31	0,858
C - Contemplação	2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24	0,803
A - Ação	3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30	0,880
M - Manutenção	6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32	0,774

Tendo-se verificado que todas as componentes apresentam uma boa consistência interna, determinou-se a relação entre cada uma das quatro dimensões (Tabela 4).

Tabela 4 - Correlações de Spearman entre as dimensões da Escala URICA.

	Contemplação	Ação	Manutenção
Pré-Contemplação	.441*	.389	-.068
Contemplação		.401*	.453*
Ação			.400*

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

A análise das correlações existentes entre as dimensões da escala URICA (Tabela 4), demonstrou a existência de valores estatisticamente significativos, com correlações positivas entre a dimensão *pré-contemplação* e a dimensão *contemplação* ( $r_s = .441$ ,  $p = .031$ ), indicando que quanto maiores os valores de pré-contemplação, maiores os valores de contemplação.

Observaram-se ainda correlações positivas significativas entre a dimensão *contemplação* e as dimensões *ação* ( $r_s = .401$ ,  $p = .044$ ) e *manutenção* ( $r_s = .453$ ,  $p = .026$ ). Estes resultados indicam que quanto maiores os valores de contemplação, maiores os valores relativos à ação e à manutenção (Tabela 4). A dimensão *ação* também se verificou positivamente correlacionada com a dimensão *manutenção* ( $r_s = .400$ ,  $p = .044$ );

indicando que quanto maiores os valores relativos à ação, maiores os valores de manutenção (Tabela 4).

Na Tabela 5 indicam-se os coeficientes de consistência interna (*índices de homogeneidade alpha*) obtidos nas oito dimensões da escala SF-36, considerando a amostra de 24 sujeitos.

*Tabela 5 - Coeficientes de consistência interna da Escala SF-36.*

<b>Dimensões</b>	<b>Itens constituintes da dimensão</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
FF - Funcionamento físico	3 (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j)	0,933
DF - Desempenho Físico	4 (a, b, c, d)	0,928
DC - Dor Corporal	7 + 8	0,943
SG - Saúde Geral	1 + 11 (a, b, c, d)	0,476
Vi - Vitalidade	9 (a, e, g, i)	0,780
FS - Funcionamento Social	6 + 10	0,622
DE - Desempenho Emocional	5 (a, b, c)	1,00
SM - Saúde Mental	9 (b, c, d, f, h)	0,846

É de salientar que a dimensão *saúde geral* apresenta um valor de alfa relativamente baixo ( $\alpha = 0.476$ ), o que poderá estar relacionado com a pequena dimensão da amostra. No entanto, como não se pretendeu fazer a validação desta escala e considerando a importância desta dimensão para a análise, esta foi mantida. No caso da dimensão *desempenho emocional*, o valor de alfa ( $\alpha = 1.00$ ) indica que os itens utilizados no cálculo desta dimensão poderão ser redundantes (ou seja, no caso de se estar a validar a escala poderia implicar a eliminação de dois dos itens). Tendo-se verificado que todas as componentes apresentam boa ou razoável consistência interna, com o objetivo de aprofundar a estrutura da escala, determinou-se a relação entre cada uma das oito dimensões consideradas (Tabela 6).

Tabela 6 – Correlações de Spearman entre as dimensões da Escala SF-36.

	DF	DC	SG	Vi	FS	DE	SM
FF	,167	<b>,603**</b>	<b>,400*</b>	,241	-,089	,358	,210
DF		,370	-,069	<b>,415*</b>	,334	<b>,738***</b>	,360
DC			,098	,247	,143	,336	<b>,522**</b>
SG				<b>,559**</b>	-,177	-,177	,168
Vi					,077	<b>,405*</b>	<b>,497*</b>
FS						,289	<b>,427*</b>
DE							,263

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

A análise das correlações existentes entre as dimensões da escala SF-36 (Tabela 6), demonstrou a existência de valores estatisticamente significativos, com correlações positivas entre a dimensão *funcionamento físico* e as dimensões *dor corporal* ( $r_s = .603$ ,  $p = .002$ ) e *saúde geral* ( $r_s = .400$ ,  $p = .044$ ). Estes resultados indicam que quanto maiores os valores de funcionamento físico, maior o nível de dor corporal e de saúde geral.

Observaram-se, também, correlações positivas significativas entre a dimensão *desempenho físico* e as dimensões *vitalidade* ( $r_s = .415$ ,  $p = .044$ ) e *desempenho emocional* ( $r_s = .738$ ,  $p = .000$ ), indicando que quanto maiores os valores relativos ao desempenho físico, maiores os valores de vitalidade e de desempenho emocional (Tabela 6).

Ainda segundo a Tabela 6, verificou-se a existência de uma correlação positiva significativa entre a dimensão *dor corporal* e *saúde mental* ( $r_s = .522$ ,  $p = .009$ ); indicando que quanto maiores os valores de dor corporal, maiores os valores relativos à saúde mental. Foram também observadas correlações positivas significativas entre a dimensão *vitalidade* e as dimensões *saúde geral* ( $r_s = .559$ ,  $p = .004$ ), *desempenho emocional* ( $r_s = .405$ ,  $p = .049$ ) e *saúde mental* ( $r_s = .497$ ,  $p = .013$ ), indicando que quanto maiores os valores de vitalidade, maiores os valores relativos à saúde geral, ao desempenho emocional e à saúde mental (Tabela 6).

Por fim, foi verificada uma correlação positiva significativa entre a dimensão *funcionamento social* e a *saúde mental* ( $r_s = .357$ ,  $p = .009$ ); indicando que quanto maiores os valores de funcionamento social, maiores os valores relativos à saúde mental (Tabela 6).



## Estudo da Relação entre as Escalas URICA e SF-36 (Validação Externa)

Na análise da relação entre as duas escalas considerou-se a correlação entre os resultados obtidos nas diferentes dimensões das duas escalas, não se observando nenhuma correlação significativa.

## Resultados do Estudo Empírico

Para verificar a hipótese um, ou seja, se os estádios motivacionais e a qualidade de vida dos participantes melhoram após o tratamento, utilizou-se um teste de *Wilcoxon*.

Quanto aos estádios motivacionais, os resultados evidenciam a presença de diferenças significativas entre os valores obtidos no pré-teste e no pós-teste ao nível das dimensões *pré-contemplação* ( $Z = -3.576, p = .000$ ), *contemplação* ( $Z = -3.932, p = .000$ ) e *ação* ( $Z = -4.205, p = .000$ ). Já na dimensão *manutenção* não se verificaram diferenças significativas entre as duas aplicações da escala ( $Z = -3.576, p = .000$ ).

Assim, verifica-se que à exceção da dimensão *manutenção*, o valor médio obtido pelos sujeitos é sempre superior na segunda aplicação da escala, ou seja, após o tratamento (Tabela 7).

Tabela 7 – Testes de Wilcoxon para as dimensões da Escala URICA nos momentos pré-teste e pós-teste.

Variável	Pré-teste	Pós-teste	Z	p
	(N = 24)	(N = 24)		
	M (DP)	M (DP)		
Pré-Contemplação	29.88 (5.29)	34.42 (4.55)	-3.576	.000
Contemplação	32.75 (2.42)	37.00 (2.55)	-3.932	.000
Ação	32.04 (3.14)	37.38 (2.48)	-4.205	.000
Manutenção	30.29 (3.78)	29.38 (4.95)	-.602	.547

No que diz respeito à qualidade de vida, os resultados evidenciam a presença de diferenças significativas entre os valores obtidos no pré-teste e no pós-teste em todas as dimensões da escala: *funcionamento físico* ( $Z = -3.136, p = .002$ ), *desempenho físico* ( $Z = -4.455, p = .000$ ), *dor corporal* ( $Z = -3.412, p = .001$ ), *saúde geral* ( $Z = -3.759, p = .000$ ), *vitalidade* ( $Z = -4.115, p = .000$ ), *funcionamento social* ( $Z = -3.637, p = .000$ ), *desempenho emocional* ( $Z = -4.690, p = .000$ ) e *saúde mental* ( $Z = -4.200, p = .000$ ).

Assim, verifica-se que o valor médio obtido pelos sujeitos é sempre superior na segunda aplicação da escala, ou seja, após o tratamento (Tabela 8).

Tabela 8 – Testes de Wilcoxon para as dimensões da Escala SF-36 nos momentos pré-teste e pós-teste.

Variável	Pré-teste	Pós-teste	Z	p
	(N = 24)	(N = 24)		
	M (DP)	M (DP)		
FF	83.96 (22.79)	95.83 (7.47)	-3.136	.002
DF	11.46 (29.47)	97.92 (10.21)	-4.455	.000
DC	64.88 (34.38)	97.33 (9.21)	-3.412	.001
SG	51.08 (12.91)	69.88 (10.34)	-3.759	.000
Vi	47.71 (21.82)	86.04 (5.71)	-4.115	.000
FS	58.33 (122.84)	98.96 (112.71)	-3.637	.000
DE	8.33 (28.23)	100.00 (0.00)	-4.690	.000
SM	33.67 (21.13)	76.50 (9.68)	-4.200	.000

Para verificar a hipótese dois, ou seja, se o número de recaídas está associado aos estádios motivacionais e à qualidade de vida, utilizaram-se Coeficientes de Correlação de Spearman. Os resultados demonstram a existência de correlações negativas significativas entre o número de recaídas e o funcionamento social, quer no pré-teste ( $r_s = -.447$   $p = .028$ ), quer no pós-teste ( $r_s = -.618$   $p = .001$ ), e uma correlação positiva significativa com a fase de contemplação no pós-teste ( $r_s = .560$   $p = .004$ ). Estes resultados indicam que quanto menores os valores de funcionamento social, tanto no pré-teste, como pós-teste, maior é o número de recaídas. Adicionalmente, maiores valores de contemplação no pós-teste estão associados a um maior número de recaídas.

Para verificar a hipótese três, ou seja, se o nível de dependência alcoólica está associado a determinadas características sociodemográficas, utilizaram-se Coeficientes de Correlação de Spearman. Os resultados demonstram a existência de uma correlação negativa significativa entre a quantidade diária de álcool e a idade ( $r_s = -.461$   $p = .023$ ), indicando que maiores níveis de consumo alcoólico diário estão associados a menor idade dos participantes. Quanto ao número de anos de dependência alcoólica e aos valores

obtidos na escala AUDIT, os resultados evidenciam a ausência de correlações significativas com as variáveis sociodemográficas dos participantes.

Para verificar a hipótese quatro, ou seja, se o número de recaídas está associado a determinadas características sociodemográficas, utilizaram-se Coeficientes de Correlação de *Spearman*. Os resultados evidenciam a ausência de correlações significativas, pelo que não é possível confirmar esta hipótese.

Para verificar a hipótese cinco, ou seja, se os estádios motivacionais e a qualidade de vida estão associados a determinadas características sociodemográficas, utilizaram-se Coeficientes de Correlação de *Spearman*. Os resultados demonstram a existência de uma correlação positiva significativa entre o *nível educacional* e a dimensão *pré-contemplação* ( $r_s = .473$   $p = .020$ ), indicando que maiores níveis educacionais dos participantes estão associados a maiores valores obtidos na pré-contemplação.

## DISCUSSÃO

O objetivo principal do presente estudo foi analisar a evolução dos estádios motivacionais e a qualidade de vida em pessoas com alcoolismo antes e após o internamento num CRA.

Os resultados do estudo permitem concluir que os estádios motivacionais, à exceção da fase de manutenção, e a qualidade de vida dos utentes internados num CRA melhoram significativamente após o tratamento. Adicionalmente, um maior número de recaídas parece estar associado a um menor funcionamento social e à fase de contemplação. Foi, também, observado que os utentes que consomem mais álcool diariamente tendem a ser os mais novos e que os que apresentam um maior nível educacional tendem a encontrar-se na fase de pré-contemplação.

De uma forma geral, os primeiros resultados apresentam consistência com estudos anteriores (e.g. Gomes, 2004; Nóbrega, 2016), onde se verificaram melhorias significativas em vários aspetos da vida dos utentes com alcoolismo após um processo de intervenção e tratamento. No estudo de Gomes (2004), os indivíduos alcoólicos que receberam tratamento exibiram melhores níveis de abstinência, melhorias nas suas relações familiares e na satisfação conjugal, bem como menos deterioração física, psicológica e social. Por sua vez, no estudo de Nóbrega (2016), os níveis de qualidade de vida e os estádios motivacionais dos sujeitos evidenciaram melhorias significativas após o tratamento e intervenção psicomotora num CRA.

O facto de estas melhorias não terem sido significativas para a fase de manutenção neste estudo, pode indicar que, no momento pós-teste, os indivíduos não estão, ainda, consolidados na fase de manutenção, pois a saída do CRA pode ser considerada como um desafio ao compromisso com a abstinência no meio natural e, portanto, podem aproximar-se mais à fase de ação.

Outra conclusão do presente estudo refere-se ao maior número de recaídas pelos participantes que apresentam um menor funcionamento social. Este resultado pode indicar que sofrer mais recaídas influencia negativamente a qualidade de vida do sujeito, ao nível da sua interação social, diminuindo as suas aptidões sociais. No sentido inverso, ter um funcionamento social menos adequado pode facilitar a recaída, o que se revela concordante com as conclusões propostas por Armando e Álvarez (2007). Segundo estes autores, a pressão social e os conflitos interpessoais são fatores que favorecem as recaídas, para além dos estados emocionais negativos e da própria dependência fisiológica. Adicionalmente, é comum os indivíduos com alcoolismo participarem de redes sociais com hábitos de consumo substanciais, o que se revela indicador de um pobre prognóstico da manutenção da sua abstinência (Crady, 2017).

Verificou-se, também, que os participantes com maior número de recaídas apresentavam valores mais elevados na fase de contemplação. De acordo com a literatura recente (e.g. OPP, 2016), a fase de contemplação pressupõe um reconhecimento da existência do problema, no entanto, o sujeito mantém-se ambivalente face à mudança e, geralmente, não pretende ainda modificar o seu padrão de consumo. Desta forma, uma vez que o indivíduo não está, ainda, preparado e comprometido para a mudança, pode estar mais suscetível a recair no consumo.

Ainda no que concerne ao número de recaídas, observou-se no presente estudo que estas não estão associadas a nenhuma característica sociodemográfica dos participantes. Assim, as recaídas parecem dever-se a uma multiplicidade de outros fatores sociais, psicológicos e ambientais do indivíduo.

Relativamente às características sociodemográficas dos participantes, verificou-se que os utentes mais jovens parecem ser os que consomem maiores quantidades diárias de álcool.

Por último, observou-se que os utentes com níveis educacionais mais elevados parecem apresentar maiores valores de pré-contemplação. Um maior nível educacional poderia facilitar o processo de crítica e de consciencialização dos efeitos nefastos do

alcoolismo, conduzindo o sujeito à fase de contemplação, mais facilmente do que indivíduos com um nível educacional mais baixo. Contudo, sabemos que o padrão de consumo é mantido por uma multiplicidade de fatores e que a própria motivação para a mudança é sujeita a flutuações (Crady, 2017). Desta forma, apesar de um nível educacional mais elevado, estes sujeitos podem manifestar resistência à mudança devido à predominância de sentimentos de desencorajamento e de resignação ou passividade, bem como devido à presença de fatores sociais (e.g. companhias desfavoráveis), ou individuais (e.g. défices na capacidade de tomar decisões adaptativas, na autorregulação e nas estratégias de  *coping*) que os mantenham retidos na fase de pré-contemplação (Crady, 2017). Este resultado pode ainda estar relacionado com a negação da própria condição de alcoólico, por não se identificarem com os estereótipos, normalmente, associados ao alcoolismo (e.g. baixo estatuto socioeconómico e educacional).

Os resultados obtidos neste estudo realçam a importância da intervenção e tratamento das populações com alcoolismo, uma vez que tendem a ser eficazes na melhoria da motivação dos indivíduos para a mudança comportamental e para a abstinência, bem como para a melhoria da sua qualidade de vida em geral.

O presente estudo sugere, ainda, que deve ser dada especial atenção aos sujeitos que apresentam problemas ao nível do funcionamento social e àqueles que se encontram na fase de contemplação, pois podem apresentar um maior risco de recaídas. Neste sentido, torna-se fundamental analisar os fatores facilitadores e os obstáculos para a mudança em cada indivíduo em particular, para que a intervenção seja mais eficaz e diferenciada (Rodrigues, 2008). Além disso, a intervenção deve ser adaptada e adequada à fase motivacional em que os indivíduos se encontram (Rodrigues, 2008).

O presente estudo manifesta a existência de algumas limitações.

É importante referir que a reduzida dimensão da amostra não permitiu obter os resultados esperados em relação às variáveis sociodemográficas. Conforme sugerido nos resultados do estudo da OCDE (2017) e de Balsa, Vital e Pascueiro (2011), as variáveis género, idade, estatuto socioeconómico e situação profissional, por exemplo, são importantes na avaliação do consumo de álcool em Portugal. Existem determinadas regiões em Portugal com maior propensão para o consumo de álcool, nomeadamente as zonas rurais, sendo por isso importante compreender a influência deste tipo de variáveis na dependência alcoólica, nos índices de recaída e de abstinência (Balsa, Vital & Pascueiro, 2011; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016).

Outra das limitações diz respeito à escassez de estudos empíricos disponíveis, delimitados à população com alcoolismo na RAM.

Por último, a falta de participantes do sexo feminino não permitiu analisar a existência de diferenças ligadas ao género nesta população. Embora o CRA seja a única unidade da instituição CSSJD que admite pessoas do sexo feminino, os grupos continuam a ser maioritariamente constituídos por utentes do sexo masculino.

Para investigações futuras, considera-se pertinente o estudo de dados atuais sobre a problemática do alcoolismo na RAM, com o objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento das intervenções e de tratamentos baseados na evidência científica. Seria, também, importante conduzir estudos longitudinais junto desta população, pois permitiriam analisar a eficácia das intervenções após um período de *follow-up* prolongado e identificar quais os fatores que influenciam positiva e negativamente a manutenção da abstinência a longo prazo, com objetivo de ajustar e melhorar a prevenção da recaída.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, United States of America: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, P., Gual, A., & Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia, Barcelona.
- Armando M., & Álvarez, A. (2007). Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 188-193 3.
- Babor, T., Higgins-Biddle J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care* (2nd ed.) Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Balsa, C., Vita, C., & Pascueiro, L. (2011). *O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal. Prevalências e Padrões de consumo, 2001-2007*. CesNova – Centro de

Estudos em Sociologia Faculdade de Ciências Sociais e Humanas Universidade Nova de Lisboa. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. Lisboa.

Crady, B. (2017). Alcohol use disorders: Treatment and mechanisms of change. In D. McKay, J. S. Abramowitz, & E. A. Storch (Eds.), *Treatments for Psychological Problems and Syndromes* (pp. 235-250). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Cunha, J. (2002). Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool. *Lisboa: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul*.

Direção-Geral de Saúde (2014). *Norma n.º 30/2012 de 28/12/2012 atualizada 18/12/2014 - Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool*.

Ferreira, P. (2000). Criação da versão Portuguesa do Mos sf-36. *Acta Médica Portuguesa*, 55-66.

Gameiro, A., & Lemos, E. (2015). *Alcoolismo, prevenção e seu tratamento na madeira*. Aprender Madeira. Retirado de: <http://aprendermadeira.net/alcoolismo-prevencao-e-seu-tratamento-na-madeira/>

Gomes, C. (2004). O papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(1), 101-118. Disponível em de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10013>

Instituto Nacional de Estatística - INE (2016). *Anuários Estatísticos Regionais 2015*. Instituto Nacional de Estatística.

Lopes, P., Prieto, G., Delgado, A. R., Gamito, P., & Trigo, H. (2011). Análise das qualidades psicométricas da URICA utilizando o Modelo de Rasch. *Revista toxicodependências*, 17(3), 47-64.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. (1993). Prevenção da recaída. *Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol e drug problems. In G. A. Marlatt & D. M. Donovan (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: The Guilford Press.

- McConaughy, E., Prochaska, J., & Velicer, W. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 368-375.
- Mello, M., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Nóbrega, F. (2016). *Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Casa de Saúde de São João de Deus – Funchal* (Tese de Mestrado). Universidade de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/11902/1/tese%20definitiva%20Francisco%20N%C3%B3brega%20n%C2%BA2013486.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD (2017). *Alcohol consumption (indicator)*. doi: 10.1787/e6895909-en
- Ordem dos Psicólogos Portugueses - OPP (2016). *Guia Orientador da Intervenção dos Problemas Ligados ao Álcool*. Disponível em: [http://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guia\\_orientador\\_da\\_intervencao\\_aao\\_psicologica\\_nos\\_problemas\\_ligados\\_ao\\_alcool\\_2016.pdf](http://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guia_orientador_da_intervencao_aao_psicologica_nos_problemas_ligados_ao_alcool_2016.pdf)
- Pantalon, M., & Swanson, A. (2003). Use of the University of Rhode Island Change Assessment to measure motivational readiness to change in psychiatric and dually diagnosed individuals. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 91-97.
- Pimenta, F., Simil, F., Tôrres, H., Amaral, C., Rezende, C., Coelho, T., & Resende, N. (2008). Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54, 55-60.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1994). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company. ISBN: 13: 978-0894648489.
- Ranganathan, S. (2005). *Relapse Management*. United Nations Office on Drugs and Crime, Regional Office for South Asia.
- Rodrigues, M. (2008). *Estádios de motivação para o tratamento na dependência alcoólica – percursos individuais e género* (Tese de Mestrado). Universidade



Fernando Pessoa Disponível em:  
<http://hdl.handle.net/10284/1364>

Schalock, R. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203-216.

Szupszynski, K., & Oliveira, M. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13(1), 31-39.

Ware, J., Kosinski, M., & Keller, S. (1994). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Users' Manual*. Boston: The Health Institute.

World Health Organization – WHO (2002). *Global status report on alcohol*. Disponível:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html)

World Health Organization - WHO (2014). *Global status report on alcohol and health, Library Cataloguing-in-Publication Data, Luxembourg*. Disponível em:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msb\\_gsr\\_2014\\_1.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1)

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Escala AUDIT

### AUDIT

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Questões	Pontuação				
	0	1	2	3	4
1) Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
2) Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 ou 4	<input type="checkbox"/> 5 ou 6	<input type="checkbox"/> 7 ou 9	<input type="checkbox"/> 10 ou mais
3) Com que frequência consome seis bebidas, ou mais, numa ocasião?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
4) Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
5) Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem, por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
6) Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
7) Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
8) Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
9) Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Sim, aconteceu nos últimos 12 meses
10) Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Adaptado de: WHO (2001), Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro MG.

## Anexo 2: Escala SF-36v2

### QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes ...	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia....	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada .....	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas .....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se .....	1	2	3
g. Andar mais de 1 km.....	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros .....	1	2	3
i. Andar uma centena de metros .....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a .....	1	2	3

Copyright © 1992. New England Medical Center Hospitals, Inc. All rights reserved.

Copyright © 1997. Versão Portuguesa 2 Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Todos os direitos reservados.

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve <b>dificuldade</b> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades <b>menos cuidadosamente</b> do que era costume. ....	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6,7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?**

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

**8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.**

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a? .....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava? .....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? .....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia? .....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a? .....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?.....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?.....	1	2	3	4	5
L. Se sentiu cansado/a? .....	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros .....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa .....	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar .....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima .....	1	2	3	4	5

---

MUITO OBRIGADO!

### Anexo 3: Escala URICA

URICA: McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983

Versão portuguesa: Lopes, P; Prieto, G.; Delgado, A.; Gamito, P. & Trigo, H. (2007).

Este questionário é composto por frases que descrevem como uma pessoa se pode sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça a sua escolha em termos do que **está a sentir agora, e não o que sentiu no passado ou como gostaria de se sentir**.

Para todas as frases que se referem ao seu problema, responda em termos do problema relacionado com os seus **consumos de drogas**. As palavras aqui e neste local referem-se ao programa de tratamento de drogas.

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve a sua opinião: .

1	2	3	4	5
Discorda Totalmente	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Totalmente

	Discorda Totalmente	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Totalmente
1 - No meu ponto de vista, eu não tenho qualquer problema que precise de ser mudado.	1	2	3	4	5
2 - Penso que posso estar preparado para alguma mudança pessoal.	1	2	3	4	5
3 - Estou a fazer alguma coisa acerca dos problemas que me têm andado a incomodar.	1	2	3	4	5
4 - Talvez valha a pena trabalhar no meu problema.	1	2	3	4	5
5 - O problema não está em mim. Não faz muito sentido para mim estar aqui.	1	2	3	4	5
6 - Estou preocupado em voltar a ter o mesmo problema, que pensei já estar resolvido, por isso estou aqui a pedir ajuda.	1	2	3	4	5
7 - Estou finalmente a fazer algum trabalho sobre o meu problema.	1	2	3	4	5
8 - Tenho estado a pensar que posso querer fazer algumas mudanças em mim.	1	2	3	4	5
9 - Tenho tido sucesso em resolver o meu problema, mas não estou seguro que eu possa manter este esforço sozinho.	1	2	3	4	5
10 - Por vezes o meu problema é difícil, mas estou a trabalhar sobre ele.	1	2	3	4	5
11 - Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	1	2	3	4	5
12 - Tenho esperança que este lugar me ajude a compreender-me melhor.	1	2	3	4	5
13 - Penso que tenho defeitos, mas não há nada que eu realmente precise de mudar.	1	2	3	4	5



	Discorda Totalmente	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Totalmente
14 - Realmente estou a esforçar-me muito para mudar.	1	2	3	4	5
15 - Eu tenho um problema e penso realmente que tenho que trabalhar sobre ele.	1	2	3	4	5
16 - Não estou a conseguir manter as mudanças que fiz tão bem como eu esperava, e estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3	4	5
17 - Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou a esforçar-me para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
18 - Pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas às vezes ainda me encontro a lutar contra ele.	1	2	3	4	5
19 - Eu gostava de ter mais ideias de como resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
20 - Eu comecei a trabalhar sobre o meu problema, mas eu gostava de ter ajuda.	1	2	3	4	5
21 - Talvez este lugar me possa ajudar.	1	2	3	4	5
22 - Eu posso precisar de um estímulo agora para me ajudar a manter as mudanças que eu já fiz.	1	2	3	4	5
23 - É possível que eu seja parte do problema, mas eu realmente não penso que seja.	1	2	3	4	5
24 - Espero que alguém aqui me possa dar boas orientações.	1	2	3	4	5
25 - Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente a fazer alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
26 - Toda esta conversa sobre psicologia é aborrecida. Por que é que as pessoas não podem simplesmente esquecer os seus problemas?	1	2	3	4	5
27 - Estou aqui para prevenir uma recaída no meu problema.	1	2	3	4	5
28 - É frustrante, mas sinto que posso estar a ter uma recaída num problema que eu pensava que já tinha resolvido.	1	2	3	4	5
29 - Eu tenho preocupações como todas as pessoas. Porquê perder tempo a pensar nelas?	1	2	3	4	5
30 - Eu estou, activamente, a tentar resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
31 - Preferiria conviver com os meus defeitos do que tentar mudá-los.	1	2	3	4	5
32 - Depois de tudo o que eu fiz para mudar os meus problemas, de vez em quando eles voltam paraa me perseguir.	1	2	3	4	5

Muito obrigado pela sua colaboração.

Anexo 4: Questionário Sociodemográfico



**Universidade de Aveiro**  
**Departamento de educação e Psicologia**

**Questionário Sociodemográfico**

**Nome completo:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Masculino  Feminino

**Estado Civil:**

Solteiro (a)  Casado (a)  União de Fato  Divorciado (a)  Separado (a)  Viúvo (a)

**Em que conselho da região autónoma da Madeira Vive:**

- Calheta
- Câmara de Lobos
- Funchal
- Machico
- Ponta do Sol
- Porto Moniz
- Porto Santo
- Ribeira Brava
- Santa Cruz
- Santana
- São Vicente

**Composição do Agregado Familiar:**

Quantos elementos compõe o seu agregado familiar?

Tem filhos? \_\_\_\_\_. Se é sim indique quantos \_\_\_\_\_.

Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Situação Profissional:

Empregado \_\_\_\_\_ Desempregado \_\_\_\_\_ Estudante \_\_\_\_\_ Reformado \_\_\_\_\_

Por quanto propiá \_\_\_\_\_ o de outrem \_\_\_\_\_

**Hábitos de consumo:**

Frequência do Consumo:

Diária  Semanal  Ocasional

Indique o tipo de bebida que costuma beber? \_\_\_\_\_

Indique a quantidade de álcool ingerida diariamente?  
\_\_\_\_\_

Em que contexto costuma beber:

Bares  Casa  festas  outros

Com que idade começou a consumir álcool? \_\_\_\_\_.

Alguém da sua família é alcoólico? \_\_\_\_\_ Sé e sim indique quem, \_\_\_\_\_.

**Internamento na instituição:**

Iniciativa do Internamento:

Iniciativa Propiá  Medico  Tribunal  Ação social

Já esteve internado na instituição anteriormente? \_\_\_\_\_. Se é sim indique quantas vezes:  
\_\_\_\_\_. Em que anos: \_\_\_\_\_.

Tem alguma patologia associada ao consumo de álcool? \_\_\_\_\_. Se é sim indique qual:  
\_\_\_\_\_