



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA -
MESTRADO



Andressa Bianchi Gumier

TERAPIA POR INTERNET PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL:
DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA E
INTERVENÇÃO

Orientadora: Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA -
MESTRADO



Andressa Bianchi Gumier

TERAPIA POR INTERNET PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL:
DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA E
INTERVENÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
como requisito parcial à obtenção do título de
mestre em Psicologia por Andressa Bianchi
Gumier

Orientadora: Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Laisa Marcorela Andreoli Sartes, pelo apoio e suporte ao longo desses dois anos. Sua dedicação a este projeto e prontidão em me orientar foram as grandes responsáveis para que essa “sementinha” pudesse florescer.

Aos avaliadores, Prof. Dr. Fernando Antonio Basile Colugnati e à Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Segatto, pela disponibilidade em avaliar este trabalho e pelas pontuações realizadas.

Aos colegas da linha de pesquisa em E-health do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA) pelo auxílio no desenvolvimento desta proposta e pelos grupos de estudo que tanto colaboraram para o meu crescimento profissional.

À amiga de mestrado e de vida, Lúcia, que adicionou gotinhas de alegria e de amor a esse tempo de aprendizado.

Aos amigos de estrada, que tornaram esse percurso mais leve.

À minha mãe, Carmem, e ao meu pai, Antônio, pelo amor sem medida e por sempre “apostarem suas fichas” em mim.

Aos meus irmãos, Rômulo e Rodolfo, pela parceria de sempre.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

E agradeço, de forma especial, a Deus, por me acompanhar ao longo de toda essa trajetória e por torná-la mais doce e mais bonita!

A todos o meu carinho e o meu muito obrigada!

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

RESUMO

Diante do crescente envolvimento dos indivíduos com álcool e da falta de ofertas de tratamento em relação à demanda, tem aumentado na literatura estudos avaliando a eficácia e a efetividade de intervenções realizadas por internet. A partir de uma revisão de literatura sobre o tema, verificou-se que, no país, ainda não foi realizado nenhum estudo com esses propósitos. Porém, anterior à realização de um ensaio clínico randomizado desta natureza, faz-se primordial o estabelecimento de um protocolo de intervenção terapêutica padronizado que possa auxiliar e orientar os clínicos e pesquisadores no desenvolvimento de uma terapia realizada por internet. A criação de um protocolo de pesquisa clínica contribui para uma melhor compreensão do estudo e possibilita um melhor julgamento da confiabilidade, da repetibilidade e da reproducibilidade dos seus resultados. O presente trabalho tem como objetivo geral desenvolver um protocolo de pesquisa e intervenção para a realização de um ensaio clínico randomizado para avaliar a efetividade de uma terapia realizada por internet com a presença de um terapeuta para dependentes de álcool baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental, na Prevenção de Recaída e em princípios da Entrevista Motivacional.

Palavras-chave: Alcoolismo; Terapia Online; Terapia Cognitivo-Comportamental; Protocolo de Estudo.

ABSTRACT

Given the increasing involvement of individuals with alcohol and the lack of treatment offers over demand, studies to evaluate the efficacy and effectiveness of interventions through the internet have increased in the literature. From a literature review on the topic, it was found that, in Brazil, no studies for these purposes were done. However, prior to carrying out a randomized clinical trial of this nature, it is essential to establish a standard therapeutic intervention protocol that can assist and guide clinicians and researchers in the development of a therapy performed through the internet. The creation of a clinical research protocol contributes to a better understanding of the study and provides a better judgment of the reliability, repeatability and reproducibility of their results. The main objective of this essay is develop a protocol for research and intervention for conducting a randomized clinical trial to evaluate the effectiveness of a therapy performed through the internet with the presence of a therapist for alcoholics based on Cognitive-Behavioral Therapy, in Relapse Prevention and principles of Motivational Interviewing.

Keywords: Alcoholism; Online Therapy; Cognitive-Behavioral Therapy; Study Protocol.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
1.1. Considerações gerais sobre o consumo, a dependência de álcool e a disponibilidade de tratamentos.....	01
1.2. Intervenções por internet	03
1.3. Modelo Cognitivo do Abuso de Substâncias	05
1.4. Prevenção de Recaída	06
1.5. Modelo Transteórico de Mudança e a Entrevista Motivacional	08
1.6. Psicologia Baseada em Evidências e Protocolo de Estudo	09
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVOS	14
3.1. Objetivo Geral	14
3.2. Objetivos Específicos	14
4. REFERÊNCIAS	15
5. TEXTO 1: INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS POR INTERNET PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL: UMA REVISÃO DE LITERATURA	19
6. TEXTO 2: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO PROJETO MATCH	20
6.1. Referências	24
7. TEXTO 3: TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BREVE POR INTERNET PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL: PROTOCOLO DE ESTUDO DE UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO	25
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
8.1. Referências	28

LISTA DE ANEXOS

Anexo 01. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	29
Anexo 02. Questionário de Dados Sociodemográficos	32
Anexo 03. Área “Álcool” do Addiction Severity Index 6 (ASI 6)	34
Anexo 04. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	36
Anexo 05. Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool (IECPA)	37
Anexo 06. Adaptação Brasileira do University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)	38
Anexo 07. Régua de Prontidão	41
Anexo 08. Working Alliance Inventory (WAI)	42
Anexo 09. Questionário de Satisfação	49
Anexo 10. Questionário de Avaliação do Uso de Internet	51
Anexo 11. Questões de Avaliação de Doses Consumidas e de Dias de Abstinência	52

1. INTRODUÇÃO

1.1. Considerações gerais sobre o consumo, a dependência de álcool e a disponibilidade de tratamentos:

O consumo de álcool e outras drogas permanece como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (Organização Mundial da Saúde, 2014). O alcoolismo tem sido alvo de preocupação de profissionais e do meio acadêmico. Segundo o IV Manual Diagnóstico Estatístico (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria (APA) (APA, 1994), a dependência do álcool pode ser entendida como um padrão mal adaptativo de uso da substância que influencia na repetição de problemas em pelo menos três dos sete critérios avaliados em um período de 12 meses. Dentre estes critérios, encontram-se a presença de tolerância, síndrome de abstinência, problemas legais, perda de controle e prejuízos psicossociais, além da permanência no consumo apesar destas questões.

Levantamentos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) em residentes de cidades com mais de 200 mil habitantes - compreendendo um total de 108 municípios - na faixa etária de 12 a 65 anos de idade, nos anos de 2001 e 2005, apontaram que a estimativa de dependentes de álcool aumentou de 11,2% (2001) para 12,3% (2005) (Carlini, Galduróz, Noto, & Nappo, 2002; Carlini et al., 2006). De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD II), realizado pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no ano de 2012, em uma amostra representativa da população brasileira – 4607 participantes de 14 anos ou mais de 149 municípios de todo o país – 54% da população adulta (18 anos ou mais) faz o uso regular de bebida alcoólica (1 vez na semana ou mais) e 59% faz o uso em padrão *binge* (4 doses para mulheres e 5 doses para homens em duas horas de consumo). Em relação à população que bebe, 17% pode ser considerada abusadora ou dependente de álcool (Laranjeira et al., 2012). Comparados aos dados obtidos no I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (LENAD I) (Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007) realizado no ano de 2006, houve um aumento de 20% na proporção de bebedores frequentes (que bebem uma vez por semana ou mais) e um aumento de 31,1% na proporção de usuários que fazem o uso em padrão *binge*.

Observa-se nos estudos citados que o número de brasileiros que fazem uso de bebida alcoólica regularmente vem aumentando. No entanto, a porcentagem dos que já procuraram tratamento devido ao abuso ou dependência de álcool e outras drogas é bem baixa, correspondendo a 2,9% no total no ano de 2005 (Carlini et al., 2006). Esse número caiu quando comparado ao levantamento realizado em 2001, em que cerca de 4% de indivíduos procuraram tratamento naquele ano (Carlini et al., 2002).

Umas das razões para o pequeno número de usuários de álcool e outras drogas procurarem tratamento é o estigma associado a essas pessoas. Segundo Corrigan (2004), muitos indivíduos que fazem uso abusivo ou são dependentes de substâncias psicotrópicas ou aqueles que se encaixam nos quadros de transtornos mentais e que poderiam se beneficiar de intervenções de saúde, não buscam tratamento devido ao rótulo negativo que podem receber.

Outro problema, principalmente no Brasil, é a falta de oferta de tratamento suficiente quando comparada à demanda. Segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas (Duarte, Stempliuk, & Barroso, 2009), que buscou mapear as instituições de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas a partir de dados obtidos em levantamentos realizados pela SENAD em parceria com a Universidade de Brasília (UnB) e disponibilizados pelo Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (OBID), foram identificadas um total de 1912 instituições que oferecem tratamento, recuperação e reinserção social no país. A região Sudeste é a que apresenta o maior número destas instituições (51%), seguida da região Sul (25%). As regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, juntas, possuem quase o mesmo número de instituições deste tipo que a região Sul sozinha (24%). Já em relação aos dados referentes à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de atenção ao uso de álcool e outras drogas, no ano de 2009, o Brasil apresentava 57% da sua população coberta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo que dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, somente em 17 essa cobertura é considerada boa ou muito boa. Outro ponto importante a ser destacado é que nem todos os CAPS mapeados oferecem tratamento exclusivamente para usuários de álcool ou outras drogas. Esta realidade parece não ser exclusiva do Brasil. Segundo um estudo de base populacional americano, com participação de 43.093 indivíduos, foi identificado que apenas 24% dos indivíduos com dependência de álcool havia recebido tratamento (Hasin, Stinson, Ogburn, & Grant, 2007).

De acordo com os dados apresentados e verificando-se a insuficiência de instituições que atuam na área de tratamento, recuperação e reinserção social de usuários de substâncias psicotrópicas, principalmente em algumas regiões do país, faz-se necessário o

desenvolvimento e a implementação de abordagens alternativas de tratamento para estes indivíduos.

1.2. Intervenções por internet

Antes de abordar a questão das intervenções realizadas via internet, é importante contextualizar o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no país. Dados apresentados pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil (2014) estimam que, em 2013, 49% dos domicílios nacionais possuíam computador, o que corresponde a um aumento de 24 pontos percentuais ao se comparar com os dados obtidos em pesquisa realizada no ano de 2008. Desses 49% de domicílios com computador, 43% possuíam acesso à internet (cerca de 27,2 milhões de residências), representando um aumento de 25 pontos percentuais no período correspondente entre 2008 e 2013.

Pode-se perceber, ao longo desses anos, uma manutenção na tendência de crescimento na proporção de domicílios com computador e com acesso à rede, possibilitando que cada vez mais indivíduos tenham ferramentas e meios para manterem-se conectados. Parte desse crescimento pode ser compreendido devido aos esforços governamentais no sentido de criar e desenvolver políticas nacionais que visem aumentar a parcela da população com acesso às TIC, como é o caso do Programa Nacional de Banda Larga (PNBL) instituído pelo Decreto Nº 7.175/2010 e que tem como meta massificar o acesso à internet em banda larga no país (Presidência da República – Casa Civil, 2010).

A partir de uma proposta do Ministério da Saúde, foi realizado em 2010 um estudo com o intuito de revisar a agenda de prioridades em pesquisa em saúde mental no Brasil (Gregório et al., 2012). Verificou-se a necessidade de implementar novas pesquisas abordando intervenções contra o efeito do uso de álcool e outras drogas e abordando o uso de tecnologias (telemedicina) para a educação e treinamento de profissionais da saúde.

Nos últimos anos existe em outros países grande interesse em se avaliar intervenções realizadas pela internet para diferentes transtornos mentais, inclusive para transtornos relacionados ao uso de substâncias. Christensen, Griffiths e Jorm (2004) avaliaram a eficácia de duas intervenções por internet para indivíduos com sintomas de depressão; Linke, Brown e Wallace (2004) realizaram um estudo piloto para avaliar a utilidade de uma intervenção desenvolvida por um site que buscava incentivar bebedores excessivos a adotarem um comportamento mais saudável e a reduzirem os danos associados ao consumo de bebidas alcoólicas; White, Jones e McGarry (2009), em um estudo piloto, avaliaram um programa

para o manejo da ansiedade desenvolvido a partir de um CD-ROM. Estudos com o objetivo de avaliar a eficácia e a efetividade de intervenções realizadas por internet para bebedores problemáticos de álcool têm mostrado resultados positivos na redução do consumo de doses, tanto semanais quanto por ocasião (Blankers, Koeter, & Schippers, 2011, Cunningham, 2012, Postel, Hann, Huurne, Becker & Jong, 2010), no entanto, apesar do crescimento no número deste tipo de estudo, ainda são incipientes os estudos voltados para dependentes de álcool.

Pieta e Gomes (2014) em um artigo que buscou realizar uma revisão dos estudos empíricos de psicoterapia pela internet, abordando aspectos como os recursos e os limites dessa forma de atendimento psicológico e as suas implicações para a relação terapêutica e a efetividade do tratamento, apontam que a relação terapêutica caracterizada pelo padrão comunicativo que se estabelece entre terapeuta e paciente tem se mostrado semelhante entre as terapias realizadas na modalidade online e as terapias realizadas na modalidade presencial. Apontam, também, que os resultados dos estudos dedicados à efetividade da terapia online parecem ser promissores para essa forma de atendimento.

No Brasil, com relação à aplicação de novas tecnologias, foram encontrados poucos estudos apontando o uso da internet como mais uma forma de intervenção. Fortin e Cosentino (2007) realizaram um estudo para avaliar o perfil, tipos de pedidos e temas centrais de orientações psicológicas realizadas por email. O estudo de Prado e Meyer (2006) visou avaliar a formação da relação terapêutica em terapia assíncrona realizada por internet. Não foram encontrados estudos que avaliem qualquer intervenção baseada na internet com pacientes para transtornos psiquiátricos ou dependentes de substâncias. No entanto, há um interesse neste tipo de abordagem no país e um estudo realizado por Gomide, Martins e Ronzani (2013) mostrou que é promissor o investimento neste campo. Além disto, o Conselho Federal de Psicologia (2000) regulamentou no ano de 2000 o atendimento psicoterapêutico mediado pelo computador, a fim de dar as diretrizes para tal prática (Resolução CFP N° 03/2000). Atualmente, temos a Resolução 011/2012 (Conselho Federal de Psicologia, 2012) que regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação à distância e o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental (Resolução CFP N° 011/2012), fazendo-se necessários estudos que avaliem a eficácia e a efetividade dessa nova abordagem de tratamento.

1.3. Modelo Cognitivo do Abuso de Substâncias

A Terapia Cognitiva é caracterizada por ser uma abordagem psicoterapêutica ativa, colaborativa e focada que busca compreender os transtornos psicológicos a partir de erros de pensamentos, tendo como premissa que a forma como o indivíduo se sente e se comporta é amplamente influenciada pela forma como ele interpreta as experiências vivenciadas (Wright, Beck, Newman, & Liese, 1993). Esses erros de pensamentos, também conhecidos como pensamentos disfuncionais, são desenvolvidos a partir de crenças – processos cognitivos estáveis e duradouros – disfuncionais que o indivíduo possui acerca de si, do mundo e do futuro.

De acordo com Beck, Wright, Newman e Liese (1993) o uso de drogas pelos indivíduos se dá por diversos fatores, incluindo a disponibilidade da substância em seu contexto e a busca por efeitos provocados por propriedades específicas que elas possuem. Uma gama de aspectos está relacionada ao início, a manutenção e ao término do uso de substâncias, incluindo fatores biológicos, sociais, pessoais e psicológicos.

O Modelo Cognitivo do Abuso de Substâncias proposto por Beck et al. (1993), representado na figura 1, mostra a importância das crenças disfuncionais na manutenção do comportamento aditivo.

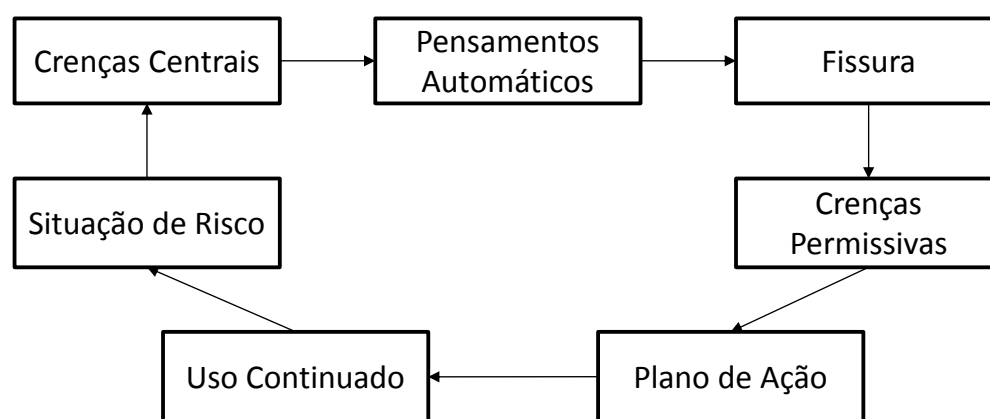


Figura 1: Modelo Cognitivo do Abuso de Substâncias (adaptado de Beck *et al.*, 1993)

Neste modelo, determinadas situações podem ativar crenças centrais disfuncionais que o indivíduo possui acerca do uso da droga. Crenças como “Eu me sinto melhor depois de tomar uma dose” ou “O álcool me deixa mais seguro” podem desencadear pensamentos automáticos e levar o indivíduo a um intenso desejo de consumir a substância (fissura).

Crenças que permitem o seu uso como “Uma cerveja não faz mal a ninguém” ou “Só vou tomar uma e ir para casa” são, então, ativadas, e um plano de ação para conseguir a substância passa a ser elaborado. A partir daí, o indivíduo pode ter um uso continuado da substância, passando de um uso abusivo para um uso dependente.

Uma das metas de um tratamento baseado na Terapia Cognitiva para o abuso de substâncias é a identificação e a modificação das crenças disfuncionais relacionadas à droga, substituindo-as por crenças mais adaptativas (Wright et al., 1993).

Os componentes comportamentais que foram adicionados ao modelo cognitivo originaram-se nas décadas de 50 e 60 quando clínicos começaram a utilizar ideias oriundas de pesquisadores experimentais behavioristas (Wright, Basco, & Thase, 2008). A Terapia Cognitivo-Comportamental começou, então, a ganhar forma. Nesta abordagem, processos cognitivos e comportamentais assumem um relacionamento estreito.

Tratamentos baseados na Terapia Cognitivo-Comportamental para o abuso de substâncias têm como finalidade trabalhar os aspectos cognitivos relacionados ao uso da substância e desenvolver estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com as situações em que esse consumo é favorecido. Estudos têm demonstrado fortes evidências de efetividade desta abordagem terapêutica para o tratamento de diferentes transtornos, inclusive para o uso abusivo de álcool e outras drogas, tornando-se relevante o investimento nesta área de pesquisa (Hutton, & Taylor, 2013, Marchand, Todorov, Borgeat, & Pelland, 2007, Galsworthy-Francis, & Allan, 2014, Riper et al., 2014).

1.4. Prevenção de Recaída

A partir das informações provenientes da observação de alcoolistas crônicos, Marlatt propôs na década de 80 o primeiro Modelo Cognitivo-Comportamental do processo de recaída, promovendo uma grande contribuição à literatura do abuso e dependência de substâncias (Marlatt, & Gordon, 1985).

O foco deste modelo está nas situações - conhecidas como situações de alto risco – e na resposta que o indivíduo emite nesses momentos. Situações de alto risco, no caso de usuários de substâncias, podem ser compreendidas como situações nas quais os indivíduos são mais propensos a fazer o uso da substância problema. Essas situações podem corresponder a interações entre condições internas (como determinados estados emocionais e processos cognitivos, como a expectativa de resultado e a auto-eficácia) e condições externas

(lugares, pessoas, gatilhos) ao indivíduo que podem ativar suas crenças relacionadas à substância e levá-lo a um intenso desejo de consumi-la. Se a resposta emitida pelo indivíduo nessas situações for uma resposta efetiva, há um aumento do seu senso de auto-eficácia e suas chances de iniciar o uso são reduzidas (Marlatt, & Donovan, 2009).

A proposta de uma intervenção baseada na Prevenção de Recaída (PR) é desenvolver nos indivíduos estratégias e habilidades de enfrentamento mais eficazes para que eles aprendam a lidar com essas situações, emitindo respostas mais efetivas e evitando e/ou administrando o processo de recaída. Assim como toda abordagem cognitivo-comportamental, a intervenção baseada na PR assume um caráter psicoeducativo ao discutir com o indivíduo percepções e pensamentos relacionados ao uso da substância, além de trabalhar os componentes que estão envolvidos no processo de recaída, auxiliando-o a diferenciar “lapsos” (consumo da substância em um determinado momento) e “recaída” (retorno ao padrão anterior de consumo), a manejar as situações em que os lapsos ocorrem e a realizar escolhas com base em maiores informações e um maior auto-conhecimento (Marlatt, & Donovan, 2009).

Ao longo dos anos e a medida em que estudos foram realizados com base no modelo de PR, tem havido uma preocupação dos pesquisadores em reconceituar este processo, assumindo a complexidade inerente a ele (Witkiewitz, & Marlatt, 2004, Brandon, Vidrine, & Litvin, 2007, Hendershot, Witkiewitz, George, & Marlatt, 2011). Witkiewitz e Marlatt (2004) propuseram, então, uma reformulação do Modelo Cognitivo de Recaída, reconhecendo sua natureza dinâmica. Neste modelo, há uma interação dinâmica entre vários fatores que podem ou não conduzir a um processo de recaída. Diferentemente do modelo anterior, nem sempre uma resposta efetiva à uma situação de risco pode aumentar o senso de auto-eficácia do indivíduo e reduzir as suas chances de consumo da substância. A preposição deste novo modelo não é tão linear assim. Seu foco ainda permanece nas situações de risco, porém, de acordo com o Modelo Dinâmico da Recaída, o indivíduo enfrenta o desafio de equilibrar diferentes fatores e gatilhos e suas possíveis consequências antes de emitir uma resposta diante uma dada situação. Sua resposta é vista como uma combinação entre fatores distais – fatores estáveis e que podem determinar à recaída a priori (como anos de dependência e presença de comorbidades), processos cognitivos (como motivação, auto-eficácia e expectativas de resultado) e as habilidades de enfrentamento cognitivas ou comportamentais que ele possui, havendo interação e influência entre cada um desses fatores (Hendershot et al., 2011).

No geral, resultados de estudos realizados têm mostrado que a PR é uma abordagem que pode ajudar a compreender, a facilitar e a manter mudanças comportamentais (Collins, Witkiewitz, Kirouac, & Marlatt, 2010, Hendershot et al., 2011, Witkiewitz, Marlatt, & Walker, 2005), embora maiores estudos na área se façam necessários devido à reconceituação do modelo e sua visão não linear do processo de recaída.

1.5. Modelo Transteórico de Mudança e a Entrevista Motivacional

O Modelo Transteórico de Mudança, proposto por Prochaska e DiClemente (1982), nos apresenta os estágios de mudança pelos quais os indivíduos passam para modificar um determinado comportamento problema. Por tratar-se de um modelo “compreensivo” da mudança, ele discute o processo que, tanto aqueles que encontram-se em terapia quanto aqueles que tentam realizar alguma mudança por conta própria, passam.

Os estágios de mudança foram identificados e descritos a partir de um estudo retrospectivo com fumantes que obtiveram sucesso ao tentar parar de fumar. Segundo esses participantes, o caminho percorrido para a mudança do comportamento passava por: pensamento em parar de fumar, tornar-se determinado a parar, modificar ativamente seus hábitos e manter os novos hábitos adquiridos (não fumar) (Prochaska, & DiClemente, 1982).

Prochaska e DiClemente (1982) descrevem os estágios de mudança a partir de um modelo conhecido como a “roda da mudança” e identificam os seguintes estágios: Pré-contemplação (fase onde o indivíduo ainda não pensa sobre a sua mudança comportamental, não reconhecendo seu comportamento como problemático), Contemplação (fase onde ele começa a pensar sobre a mudança comportamental), Determinação (fase onde ele assume o compromisso pela mudança), Ação (fase onde ele coloca em prática ações que visam a mudança de hábitos), Manutenção (fase em que ele se propõe a manter as mudanças realizadas e os novos hábitos adquiridos) e a Recaída (situação onde ele retorna aos velhos hábitos). Neste modelo, a mudança não é vista como um processo linear, mas sim como um ciclo em que o indivíduo pode transitar entre os diferentes estágios a qualquer momento.

A partir dos estágios de mudança de comportamento supracitados, torna-se pertinente investigar o que motiva os indivíduos e qual o ponto de partida para essa mudança de hábitos. Miller e Rollnick (2001), ao abordarem a questão, sugerem que pensemos na motivação como

um estado de prontidão para a mudança comportamental; estado esse que pode sofrer variações ao longo do tempo e de acordo com as diferentes situações.

A abordagem da Entrevista Motivacional surge “como um meio particular de ajudar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas presentes ou potenciais” (Miller, & Rollnick, 2001) e, partindo do modelo que descreve os estágios de mudança, pressupõe que o terapeuta utilize diferentes estratégias e abordagens para favorecer esse processo de acordo com a fase em que o indivíduo se encontra.

1.6. Psicologia Baseada em Evidências e Protocolo de Estudo

A prática da Psicologia baseada em evidências tem por finalidade a busca das melhores evidências disponíveis de estudos científicos desenvolvidos em diferentes áreas (tratamento de transtornos, diagnóstico, práticas preventivas...) e a sua integração à prática exercida por psicólogos em seus diversos campos de atuação, como clínicas, hospitais, instituições, entre outros. Dessa maneira, ela pretende modificar a concepção reducionista existente de que o trabalho do psicólogo baseia-se, somente, em intuições e experiência profissional, dando um caráter mais sistematizado e científico à sua forma de trabalhar e contribuindo para o bem do paciente (Melnik & Atallah, 2011).

Esta prática advém da Medicina Baseada em Evidências que considera que o cuidado individual do paciente deve ser baseado na evidência mais atualizada e que resulte no melhor desfecho possível para ele (Soares, 2011). Ela é definida como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica (Atallah, 2004). Nesta lógica, é fundamental reunir todos os dados empíricos existentes sobre um determinado fenômeno, especialmente em revisões sistemáticas e meta-análises (Manser, & Walters, 2001).

A prática baseada em evidências no contexto da Psicologia Clínica é um processo de tomada de decisão que integra evidências advindas de pesquisas científicas, perícia clínica e as características e preferências do paciente. Tratamentos embasados empiricamente são um importante componente da prática baseada em evidências, porém, ela não deve ser reduzida somente a estes tipos de tratamentos. É necessário, também, que os psicólogos tenham habilidades adicionais para agirem com criatividade (Spring, 2007).

De acordo com a *American Psychological Association* (APA) (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), a prática baseada em evidências na Psicologia pode ser melhor compreendida como sendo a integração da melhor pesquisa disponível com a

experiência clínica do profissional inserido no contexto de características do paciente, suas necessidades e preferências. A prática baseada em evidência é um processo que envolve o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência científica atual na tomada de decisões sobre o cuidado dos indivíduos (Spring, 2007).

Uma revisão recente de literatura sobre intervenções psicossociais baseadas em evidência para o uso de substâncias, apontou que a Terapia Cognitivo-Comportamental, a Entrevista Motivacional e a Prevenção de Recaída têm demonstrado ser abordagens efetivas para o tratamento do uso de diferentes drogas. Apontou, ainda, a necessidade de realização de maiores pesquisas incluindo a combinação de terapias com o intuito de verificar melhores evidências de tratamento (Jhanjee, 2014). Outro estudo realizado por Soares (2011) traz os resultados de uma revisão sistemática com algumas das evidências mais atuais acerca das intervenções psicossociais dirigidas ao usuário de álcool. Foram incluídos 112 ensaios clínicos randomizados e 22.533 pacientes em tratamento para problemas com o uso de álcool, sendo 74,7% homens. Participaram dos estudos pessoas com diagnóstico de dependência do álcool, ou identificados como bebedores problemáticos sem dependência, como usuários de risco ou que faziam uso excessivo. Foi mostrado que intervenções breves e simples melhoram significativamente os desfechos relacionados ao álcool, embora não levem à altas taxas de abstinência ou de beber moderado. As TCCs, incluindo prevenção de recaída e técnicas baseadas em treino de habilidades, apresentaram resultados significativos tanto a curto quanto a médio prazos, especialmente para que o indivíduo aprendesse a beber de modo controlado ao invés de atingir a abstinência. Dentro das TCCs, os resultados mostram, ainda, que incluir a participação de um parceiro ou esposo aumenta as chances de um bom prognóstico e que a TCC dirigida por um profissional não necessariamente é superior a quando os pacientes seguiam um manual de TCC. Alguns estudos também demonstraram que a intervenção do Alcoólicos Anônimos de 12 passos apresentou resultados positivos quando comparada a tratamentos convencionais e, por fim, que a combinação de intervenções psicossociais a medicações, especialmente à naltrexona, apresentou resultados favoráveis.

Ensaio clínico controlado randomizado são considerados o padrão-ouro para se obter dados relativos à efetividade de uma determinada intervenção (Hulley, Newman, & Cummings, 2008). A fim de assegurar a replicabilidade de um estudo e verificar a confiabilidade dos dados obtidos, a padronização dos procedimentos adotados na realização do mesmo assume grande importância. Protocolos de Estudo compreendem todo o plano de desenvolvimento de uma pesquisa, descrevendo sua relevância, seus objetivos, o

delineamento, a metodologia adotada, considerações estatísticas e toda a organização do ensaio clínico que será realizado, permitindo que o mesmo seja reproduzido por diferentes pesquisadores em diferentes momentos (Sajdak, Trembath, & Thomas, 2013).

Um protocolo de estudo é um documento que descreve, em detalhes, o plano para a realização do estudo clínico, explicando sua finalidade e função, bem como a forma de realizá-lo. A inserção de determinados itens no protocolo faz-se necessária para a sua maior compreensão, como: a razão para o estudo, o cálculo do tamanho da amostra, a elegibilidade, critérios de inclusão e de exclusão, os detalhes da intervenção ou terapia que os participantes irão receber (tais como frequência e dosagens), os dados que serão recolhidos, informações sociodemográficas dos participantes e os desfechos do estudo. Um protocolo padrão único deve ser utilizado sem desvio para assegurar que os resultados serão significativos e confiáveis (Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development).

Nos últimos anos a importância dos protocolos de estudo têm sido mais enfatizadas pelo meio acadêmico (Rennie, 2004; Summerskill, Collingridge, Frankish, 2009) sendo atribuído a eles publicações em periódicos específicos, como os do *Biomedical Central Open Access Publisher* (BMC) e *British Medical Journal* (BMJ) (Jones & Abbasi, 2004). Além de estarem recebendo maior atenção, diretrizes com parâmetros internacionais para relatos de ensaios clínicos randomizados foram desenvolvidos, sendo a iniciativa denominada *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT (Moher et al., 2010) uma das mais utilizadas. Este guia compreende um *checklist* com 25 itens que devem ser relatados pelo pesquisador do ensaio clínico. Estas diretrizes são entendidas como uma forma de facilitar e de tornar transparente os relatos de pesquisa. Ensaios clínicos bem executados fornecem as melhores evidências sobre a eficácia das intervenções em saúde, mas para isso precisam ser bem planejados e desenhados previamente.

2. JUSTIFICATIVA

Como visto, o alcoolismo constitui-se como um grave problema de saúde no Brasil e a oferta de tratamento não mostra-se compatível com a demanda. Por razões geográficas, de desconhecimento ou por estigma os indivíduos deixam de buscar auxílio especializado. Estes fatores em conjunto geram uma demanda camuflada de indivíduos com problemas relacionados ao uso de álcool sem atendimento. Neste sentido, faz-se necessário o investimento em abordagens e estratégias de intervenção e de tratamento alternativas para este público.

As abordagens por computador têm demonstrado resultados promissores para o tratamento de transtornos mentais, incluindo os transtornos por uso de substâncias, e podem ser importantes como auxiliares de serviços públicos de saúde para o atendimento a indivíduos geograficamente distantes ou que não chegam até o tratamento.

As TCCs têm demonstrado há décadas serem efetivas para o tratamento deste público. Algumas adaptações desta abordagem para intervenções terapêuticas por internet têm sido realizadas e testadas, porém não foram encontrados estudos deste tipo no país.

É importante que as intervenções clínicas, especialmente voltadas para uma população de difícil tratamento como usuários de álcool e outras drogas, sejam guiadas e embasadas em evidências científicas. Para isto, os ensaios clínicos randomizados são considerados como o método padrão-ouro para avaliar e fornecer evidências para intervenções. Porém, anterior à realização de um ensaio clínico, é fundamental que o estudo seja minuciosamente planejado e descrito de forma que possa fornecer aos pesquisadores e à área acadêmica maior confiabilidade nos resultados encontrados. Essa descrição minuciosa e planejada da intervenção a ser realizada é denominada “protocolo de estudo”.

A seguir serão apresentados os objetivos deste estudo seguidos por três textos: o Texto 1 traz uma revisão de literatura a respeito dos estudos empíricos sobre as intervenções realizadas por internet com a participação de um terapeuta ou mediador para usuários de álcool; o Texto 2 apresenta os resultados da tradução e adaptação de um manual clínico de intervenção baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental para tratamento de usuários de álcool; o Texto 3 é um artigo que apresenta o protocolo de estudo com a metodologia que será utilizada na realização de um ensaio clínico randomizado que visa avaliar a efetividade da terapia por internet com a presença de um terapeuta para dependentes de álcool. O último

capítulo traz as considerações finais e apresenta, também, as limitações do estudo. Os Textos 1 e 3 serão submetidos para revistas científicas.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Traduzir e adaptar um manual de tratamento baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental de Habilidades de Enfrentamento para dependentes de álcool denominado *Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual* do *Project Match* (Kadden et al., 1995);
- Desenvolver um protocolo de estudo para realização de um ensaio clínico randomizado que vise avaliar a efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental por internet com a presença de um terapeuta para dependentes de álcool.

3.2. Objetivo Específico

- Realizar uma revisão sistemática sobre intervenções terapêuticas desenvolvidas por internet baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental para usuários de álcool com a participação de um terapeuta ou mediador.

4. REFERÊNCIAS

- American Psychological Association Presidencial Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61 (4), 271-285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- American Psychiatric Association. (1994). DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Washington, DC: Associação.
- Atallah, A. N. (2004). A incerteza, a ciência e a evidência. *Diagnóstico e Tratamento*, 9, 27-28.
- Blankers, M., Koeter, M. W., & Schippers, G. M. (2011). Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (3), 330-341. doi: 10.1037/a0023498
- Beck, A. T.; Wright, F. D.; Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse.
- Brandon, T. H, Vidrine, J. I, & Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 257–284. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091455.
- Carey, B. K., Scott-Sheldon, J. A. L., Elliot, C. J., Garey, L., & Carey, P. M. (2012). Face-to-Face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: A meta-analytic review, 1998 to 2010. *Clinical Psychology Review*, 32 (8), 690-703. doi:10.1016/j.cpr.2012.08.001
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., & Nappo, S. A. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo : CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., Carlini, C. M., Oliveira, L. G., Nappo, S. A., ... Sanchez, Z. V. D. M. (2006). 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 : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.
- Collins, S. E., Witkiewitz, K., Kirouac, M., & Marlatt, G. A. (2010). Preventing Relapse Following Smoking Cessation. *Curr Cardio Risk Rep*, 4, 421-428. doi: 10.1007/s12170-010-0124-6.
- Comitê Gestor da Internet no Brasil. (2014). Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação no Brasil: TIC domicílios e empresas. Recuperado em 03/01/2015 de: <http://www.cgi.br/publicacao/pesquisa-sobre-o-uso-das-tecnologias-de-informacao-e-comunicacao-no-brasil-tic-domicilios-e-empresas-2013/>
- Conselho Federal de Psicologia. (2000). Resolução CFP N° 003/2000 – Regulamenta o atendimento psicoterapêutico mediado por computador. Recuperado em 14/01/2013 de: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/09/resolucao2000_3.pdf.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). Resolução CFP N° 011/2012 – Regulamenta o atendimento psicoterapêutico e outros serviços psicológicos mediados por computador e revoga a Resolução CFP N° 012/2005. Recuperado em 14/01/2013 de: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resoluxo_CFP_nx_011-12.pdf.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59 (7), 614-625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomized controlled trials. *BMJ Clinical Research*, 328, 265 – 269. doi: 10.1136/bmj.37945.566632.

- Cunningham, J. A. (2012). Comparison of two internet-based interventions for problem drinkers: Randomized controlled trial. *Journal of medical internet research*, 14 (4), 24-30. doi:10.2196/jmir.2090
- Duarte, P. C. A. V., Stempliuk, V. A. Do, & Barroso, L. P. (2009). Relatório brasileiro sobre srogas. Brasília: SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas.
- Eunice Kannedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. Recuperado em 15/01/2015 de <https://www.nichd.nih.gov/health/clinicalresearch/clinical-researchers/steps/Pages/prepareprotocol.aspx>.
- Fortin, I., & Cosentino, L. A. M. (2007). Serviço de orientação via e-mail: novas considerações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27, (1), 164-175. Recuperado em 12/01/2015 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932007000100014&script=sci_arttext
- Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (2014). Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical psychology Review*, 34 (1), 54-72. doi:10.1016/j.cpr.2013.11.001.
- Gomide, H. P., Martins, L. F., & Ronzani, T. M. (2013). É hora de investirmos em intervenções comportamentais computadorizadas no Brasil?. *Psicologia em Estudo*, 18 (2), 303-311. doi: 10.1590/S1413-73722013000200011.
- Gregório, G., Tomlinson, M., Gerolin, J., Kieling, C., Moreira, H. C., Razzouk, D. ... Mari, J. J. de. (2012). Setting priorities for mental health research in Brazil. *Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association*, 34 (4), 434-439. doi:10.1016/j.rbp.2012.05.006.
- Hasin, D.S., Stinson, F.S. Ogburn, E., & Grant, B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. Results form the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 830-842. doi:10.1001/archpsyc.64.7.830
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 6 (1). doi: 10.1186/1747-597X-6-17.
- Hulley, S. B., Newman, T. B., & Cummings, S. R. (2008). Introdução: anatomia e fisiologia da pesquisa clínica. *Delineando a pesquisa clínica – uma abordagem epidemiológica*. (3ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Hutton, P., & Taylor, P. J. (2013). Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 44 (3), 449-468. doi: 10.1017/S0033291713000354
- Jhanjee, S. (2014). Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 36 (2), 112-118. doi: 10.4103/0253-7176.130960.
- Jones, G., & Abbasi, K. (2004). Trial protocols at the BMJ [Editorial]. *BMJ*. 329, 1360.
- Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., ...& Hester, R. (1995). *Cognitive-Behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project Match Monograph Series (v.3), Editor: Margareth E. Mattson, Rockville.
- Laranjeira, R.; Madruga, C. S.; Ribeiro, M.; Pinsky, I.; Caetano, R., & Mitsuhiro, S. S. (2012). II LENAD – II Levantamento nacional de álcool e drogas. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. Universidade Federal de São Paulo. Recuperado em 12/01/2015 em <http://inpad.org.br/lenad/resultados/alcool/press-release/>

- Laranjeira, R.; Pinsky, I.; Zaleski, M., & Caetano, R. (2007). I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Linke, S., Brown, A., & Wallace, P. (2004). Down your drink: a web-based intervention for people with excessive alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 39 (1), 29-32. doi: 10.1093/alcalc/agh004
- Manser, R., Walters, E. H. (2001). What is evidence-based medicine and the role of the systematic review: the revolution coming yourway. *Monaldi archives for chest disease*, 56, 33-38. Recuperado em <http://europepmc.org/abstract/med/11407207>.
- Marchand, A., Todorov, C., Borgeat, F., & Pelland, M. (2007). Effectiveness of a brief cognitive behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia and the impact of partner involvement. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 35 (5), 613-629. doi: 10.1017/S1352465807003888.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2009). Problemas com álcool e drogas. *Prevenção de recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (2ª.ed., pp. 15-50). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Melnik, T., & Atallah, A. N. (2011). Psicologia baseada em evidências: articulação entre a pesquisa e prática clínica. *Psicologia baseada em evidências – provas científicas da efetividade da psicoterapia*. Santos editora.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional – Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gotzsche, P. C., Devereaux, P. J., Elbourne, D., Egger, M., & Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 340, c869. doi: 10.1136/bmj.c869.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). Global status report on alcohol and health. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Pieta, M. A. M., & Gomes, W. B. (2014). Psicoterapia pela internet: viável ou inviável?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34 (1), 18-31. doi: 10.1590/S1414-98932014000100003
- Postel, G. M., Hann, A. H., Huurne, D. E., Becker, S. E., & Jong, A. J. C. (2010). Effectiveness of a web-based intervention for problem drinkers and reasons for dropout: randomized controlled trial. *Journal of Medical Research*, 12 (4). doi: 10.2196/jmir.1642
- Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 247-257. doi: 10.1590/S1413-73722006000200003
- Presidência da República – Casa Civil. (2010). Decreto Nº 7.175, de 12 de maio de 2010 – Institui o Programa Nacional de Banda Larga - PNBL; dispõe sobre remanejamento de cargos em comissão; altera o Anexo II ao Decreto nº 6.188, de 17 de agosto de 2007; altera e acresce dispositivos ao Decreto nº 6.948, de 25 de agosto de 2009; e dá outras providências. Recuperado em 02/01/2015 em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7175.htm
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19 (3), 276-288. doi: 10.1037/h0088437
- Rennie, D. (2004). Trial registration: a great idea switches from ignored to irresistible. *JAMA*, 292, 1359-1362. doi:10.1001/jama.292.11.1359.
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., Wit, J., Berking, M., & Cuijpers, P. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural

- therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction*, 109 (3), 394-406. doi: 10.1111/add.12441.
- Sajdak, R., Trembath, L., & Thomas, K. S. (2013). The Importance of Standard Operating Procedures in Clinical Trials. *Journal of Nuclear Medicine Technology*. 41 (3), 231-233. doi:10.2967/jnmt.113.121467
- Soares, B. G. (2011). A Efetividade das Intervenções Psicoterápicas no Tratamento dos Distúrbios por Uso de Álcool. In: Tamara Melnik, Álvaro Nagib Atallah (org). *Psicologia Baseada em Evidências: Provas Científicas da Efetividade da Psicoterapia*. São Paulo: Santos Editora, Grupo Editorial Nacional.
- Spring, B. (2007). Evidence-Based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (7), 611-631. doi: 10.1002/jclp.20373
- Summerskill, W., Collingridge, D., & Frankish, H. (2009). Protocols, probity, and publication. *Lancet*, 373, 992. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60590-0
- Witkiewitz, K., & Marlatt, A. G. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That Was Zen, This Is Tao. *American Psychologist*, 59, 224-235. doi: 10.1037/0003-066X.59.4.224
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders. *J Cogn Psychother*, 19, 211–228. doi: 10.1891/jcop.2005.19.3.211.
- White, J., Jones, R., & McGarry, E. (2009). Cognitive behavioural computer therapy for the anxiety disorders: a pilot study. *Journal of Mental Health*, 9 (5), 505-516. Recuperado em 12/01/2015 em <http://web.a.ebscohost.com.ez25.periodicos.capes.gov.br/ehost/detail/detail?sid=5fb4c479-6bdd-4aa0-9bcd-6144ecb60557%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4212&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2001017323>
- Wright, F. D., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental – um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.
- Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. In Lisa Simon Onken, Jack D. Blaine, John J. Boren (Editores). *National Institute on Drug Abuse. Research. Monograph Series – Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence*. NIDA Research Monograph.

5: TEXTO 1

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS POR INTERNET PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Este artigo encontra-se em processo de submissão para um periódico científico, por isso não será disponibilizado no corpo desta dissertação.

Trata-se de uma revisão de literatura com o objetivo de avaliar estudos empíricos sobre intervenções realizadas via internet com a presença de um mediador para usuários de álcool. Foram analisadas um total de quatro bases de dados utilizando-se descritores anexados pelas próprias bases: Medline, PsycINFO, Lilacs e Scielo. Dos 61 artigos pré-selecionados, apenas cinco preencheram os critérios de inclusão propostos: a) conter intervenção realizada por computador para usuários de álcool e b) ao menos uma intervenção deveria ser mediada por um terapeuta/profissional de saúde. Foram excluídos da busca revisões, teses ou dissertações, livros ou capítulos de livros. Os cinco estudos selecionados foram analisados pelos seguintes indicadores bibliométricos: autoria, ano de publicação, periódico e idioma de publicação. Em seguida foram submetidos a análises qualitativas do conteúdo de cada artigo com o propósito de identificar os principais temas abordados nos objetivos, população alvo, métodos, intervenções utilizadas e principais resultados.

Os resultados dos ensaios clínicos, embora apresentem limitações metodológicas, sugerem que as intervenções realizadas por internet foram mais efetivas do que o controle utilizado em cada estudo. Em relação à presença do mediador, esta influenciou de maneira variada, havendo-se necessidade de maiores investigações.

6: TEXTO 2

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO PROJETO MATCH

As intervenções realizadas tanto no grupo de terapia face a face quanto no grupo de terapia por internet terão o seu conteúdo baseado e adaptado a partir dos passos propostos no *Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual* (Kadden et al., 1995) que reproduziu os procedimentos utilizados no *Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity* (Projeto MATCH) – um ensaio clínico nacional, multicêntrico, baseado no conceito de “treatment matching” e que foi organizado pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) dos Estados Unidos.

“Treatment matching” pode ser compreendido como o direcionamento para abordagens de tratamentos diferentes de acordo com as necessidades e características individuais de cada paciente. De acordo com Babor (1996), evidências apontam que os alcoolistas diferem entre si em uma ampla variedade de características, como o padrão de beber, o tipo de dependência, a predisposição genética, traços de personalidade, entre outras. Reconhecer essas diferenças é uma forma de compreender melhor a etiologia do transtorno e de desenvolver tratamentos mais adequados para cada população. O projeto MATCH parte da hipótese de que um tratamento com foco nas necessidades individuais de cada paciente pode trazer resultados mais benéficos em oposição a tratar todos os pacientes com o mesmo diagnóstico da mesma maneira (Kadden et al., 1995, p. vii).

O estudo foi realizado ao longo de cinco anos e teve início em 1989 no *Treatment Research Branch* do NIAAA. Seu objetivo foi determinar se subgrupos variados de pacientes abusadores ou dependentes de álcool respondiam de forma diferenciada a três tratamentos: 1) *Twelve-step Facilitation Therapy* (Terapia de Facilitação dos 12 passos), 2) *Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy* (Terapia Cognitivo-Comportamental de Habilidades de Enfrentamento) e 3) *Motivational Enhancement Therapy* (Entrevista Motivacional). Cada tratamento foi desenvolvido por um período de 12 semanas por terapeutas treinados que utilizaram um protocolo padronizado para cada intervenção. Com exceção da abordagem da Entrevista Motivacional, que possuía quatro sessões, todas as outras duas formas de tratamento tinham 12 encontros (Kadden et al., 1995, p. viii).

Em nosso estudo, nos basearemos no tratamento realizado a partir dos moldes da Terapia Cognitivo-Comportamental, além de utilizar algumas estratégias motivacionais

(Miller & Rollnick, 2001), favorecendo a mudança comportamental, e princípios do Modelo de Prevenção de Recaída (Marlatt & Donovan, 2009).

Segundo o protocolo proposto pelo NIAAA, a intervenção realizada no projeto MATCH no grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental possui 12 sessões. Dessas, oito devem conter os elementos descritos abaixo. São fornecidos, ainda, 14 modelos de sessões eletivas, das quais quatro serão escolhidas de acordo com a necessidade e interesse de cada indivíduo. As sessões eletivas serão incluídas entre a oitava e a décima primeira sessões. A ordem apresentada abaixo poderá sofrer alterações de acordo com a necessidade de cada cliente. As sessões eletivas são contempladas com os seguintes temas: Conversas Iniciais; Comunicações Não Verbais; Introdução à Assertividade; Recebendo Críticas; Consciência da Raiva; Manejo da Raiva; Consciência dos Pensamentos Negativos; Manejo dos Pensamentos Negativos; Aumentando Atividades Agradáveis; Manejando o Humor Negativo e a Depressão; Melhorando a Rede de Suporte Social; Habilidades para Procura de Emprego; Envolvimento Familiar ou do Cônjuge I; Envolvimento Familiar ou do Cônjuge II.

Em nosso estudo, além de seguir o protocolo de 12 sessões, incluímos, também, duas sessões iniciais de avaliação (uma de aplicação dos instrumentos e outra de devolutiva dos resultados), uma sessão de avaliação final (realizada logo após o 12º encontro) e uma sessão de avaliação de seguimento (realizada três meses após o término da intervenção).

Avaliação inicial: Nesta sessão, presencial para ambos os grupos, explicaremos ao paciente que a intervenção realizada está inserida dentro de um contexto de pesquisa e, caso ele aceite participar, deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após essa introdução, será realizada uma entrevista utilizando-se os instrumentos padronizados.

Sessão de devolutiva: Nesta sessão, presencial para ambos os grupos, será dado um retorno ao paciente sobre os escores obtidos nos instrumentos de avaliação utilizados. A estratégia motivacional de proporcionar o feedback claro ao indivíduo sobre a sua real situação é um elemento fundamental de motivação para a mudança pois, “se você não sabe onde está, é difícil planejar como chegar a algum lugar” (Miller & Rollnick, 2001, p. 38).

Caso preencha os critérios para inclusão no estudo, o paciente será encaminhado aleatoriamente para um dos dois braços da intervenção – terapia realizada face a face ou terapia realizada por internet.

1ª sessão: No primeiro contato será feito um acolhimento do cliente para compreender suas expectativas, estabelecer o *rapport* e introduzir o indivíduo no tipo de raciocínio necessário para que ele possa desenvolver o treinamento de habilidades de enfrentamento, ou seja, serão explicadas a abordagem e fundamentos da TCC. Além disso, será realizada a psicoeducação do cliente em conceitos como o alcoolismo e situações de risco, e as metas a serem alcançadas na terapia serão estabelecidas. Se possível, será solicitada uma tarefa - a automonitorização do seu uso de álcool. Ao término da sessão será realizado, também, o contrato terapêutico contendo informações e orientações que devem ser seguidas tanto pelo paciente quanto pelo terapeuta para o bom andamento das sessões.

2ª sessão: A partir da automonitorização, serão identificadas as situações de risco de uso da substância (tais como pessoas, lugares, horários do dia e determinados sentimentos e emoções que possam favorecer e manter o consumo) e discutidas técnicas para evitá-las. Além disso, serão trabalhadas também, técnicas de manejo da fissura.

3ª sessão: Alcoolistas em recuperação precisam estar cientes dos determinados estados de espírito que podem predispor a uma recaída, ou seja, um estado mental caracterizado por determinadas atitudes e pensamentos perigosos. Esses pensamentos tornam-se perigosos porque induzem o indivíduo a diminuir a vigilância. Quatro pré-requisitos serão trabalhados nesta sessão para auxiliar o indivíduo a lidar de maneira eficaz com os pensamentos sobre beber: estar firmemente comprometido com a recuperação; desejar permanecer abstinente e não ceder a pensamentos persistentes; estar ciente dos aspectos persistentes de pensamento que justifiquem fazer o uso; manter um elevado nível de vigilância. Ao final da sessão será solicitado ao cliente que faça uma lista contendo os prós e contras de beber.

4ª sessão: Será trabalhada nesta sessão a resolução de problemas, focando em três tipos de problemas comumente enfrentados pelos usuários: as situações de risco, como lugares e situações onde a pessoa costumava beber; situações que surgem após ter parado de beber (ex: discussões em casa, fissuras) e dificuldade em desenvolver atividades que possam auxiliar na manutenção da abstinência. Poderão ser utilizadas técnicas de *role play* (quando o indivíduo e terapeuta fazem uma cena imaginária do problema e é discutido como o indivíduo poderia reagir). Ao final da sessão, será reaplicado o instrumento “WAI” em sua versão para o cliente e para o terapeuta.

5ª sessão: Nesta sessão serão trabalhadas técnicas e estratégias para o indivíduo recusar a beber. Serão discutidas situações em que o indivíduo sofra pressão para beber e fissuras associadas à pessoas, lugares, atividades e estados emocionais relacionados às situações de beber. Essas situações poderão ser observadas na automonitorização feita pelo paciente.

6ª sessão: Nesta sessão serão trabalhados planos para prevenção de recaída e para situações em que a recaída aconteça.

7ª sessão: Esta sessão terá como objetivos demonstrar ao cliente os tipos de pensamentos, comportamentos e decisões aparentemente irrelevantes que podem culminar em um alto risco de situações de beber, e encorajar o cliente a articular e pensar em todas as decisões, não importando o quão pequenas possam parecer, que possam levá-lo a racionalizações ou minimizações de risco (ex: “acho que vou manter algumas latas de cerveja no freezer para caso meu irmão apareça aqui mais tarde”).

4 sessões eletivas: Tanto o terapeuta quanto o paciente devem concordar com quais sessões serão utilizadas. Se o terapeuta sente que uma sessão tem particular relevância para o cliente, mas este discorda, é preferível seguir em frente com a escolha do paciente.

12ª sessão: Fechamento da terapia com feedback do cliente e psicólogo e avaliação de perspectivas futuras.

Avaliação final: Entrevista, presencial para ambos os grupos, utilizando-se os instrumentos padronizados.

Avaliação de seguimento: Após três meses os clientes serão novamente contatados para participar da avaliação de seguimento, presencial para ambos os grupos, utilizando-se os instrumentos padronizados.

Estratégias de motivação para a mudança como a prática da empatia, o fornecimento de feedback claro, o esclarecimento dos objetivos a serem alcançados, a diminuição do

aspecto desejável do comportamento de beber e a ajuda ativa serão trabalhadas ao longo de toda a intervenção (Miller & Rollnick, 2001).

A tradução do manual de tratamento proposto pelo Projeto Match foi realizada de forma livre com a finalidade de transmitir as principais ideias discutidas ao longo de todo o material. Adaptações também foram realizadas nas sessões como parte dos objetivos deste estudo.

6.1. Referências

- Babor, T. F. (1996). The classification of alcoholics typology theories from the 19th century to the present. *Alcohol Health & Research World*, 20 (1), 6-14. Recuperado em 12/01/2015 de <http://web.b.ebscohost.com.ez25.periodicos.capes.gov.br/ehost/detail/detail?sid=a5d45bfa-9520-4242-b8b9-2a937ad92a51%40sessionmgr114&vid=0&hid=128&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=1998019076>
- Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., ...& Hester, R. (1995). *Cognitive-Behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project Match Monograph Series (v.3), Editor: Margareth E. Mattson, Rockville.
- Marlatt, G.A., & Donovan, D.M. (2009). *Prevenção de recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (2^a.ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional – Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.

7: TEXTO 3

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BREVE POR INTERNET PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL: PROTOCOLO DE ESTUDO DE UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Este artigo encontra-se em processo de submissão para um periódico científico, por isso não será disponibilizado no corpo desta dissertação.

Trata-se da apresentação de um protocolo de estudo de um ensaio clínico randomizado que tem como objetivo geral avaliar a efetividade de uma terapia realizada por internet com a presença de um terapeuta baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Prevenção de Recaída (PR) e em princípios da Entrevista Motivacional (EM) para dependentes de álcool. O ensaio clínico será conduzido nas dependências do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e será constituído por dois grupos que receberá, cada um, um total de 12 sessões de psicoterapia previamente estipuladas: grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental face a face (TCC face a face) e grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental por internet (TCC por internet). Serão incluídos no estudo um total de 128 homens, entre 18 e 65 anos, dependentes de álcool e que serão recrutados em serviços de saúde. Os participantes serão encaminhados de forma aleatória para uma das duas condições de tratamento e serão avaliados no início, no final e após três meses do término da intervenção. Temos como desfecho primário do estudo a avaliação do número de doses consumidas no dia em que bebeu e o número de dias em que esteve abstinente nos últimos 30 dias anteriores à avaliação. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFJF (número do parecer: 278.167) e está devidamente registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de bebidas alcoólicas tem se configurado como um grave problema de saúde pública de acordo com dados apresentados pela Organização Mundial da Saúde (2014) e, cada vez mais, mudanças nos padrões de consumo dos brasileiros têm sido identificadas, sendo observados aumentos na proporção de bebedores frequentes e na proporção daqueles que bebem em “binge” (Laranjeira et al., 2012). Os dados referentes à essa modificação nos padrões de consumo e ao aumento de usuários que se tornam dependentes (Carlini et al., 2006) sugerem que abordagens alternativas de tratamento para essa população podem ser promissoras e devem ser encorajadas.

A revisão de literatura realizada - Texto 1 - com o objetivo de identificar estudos empíricos com intervenções desenvolvidas por internet para usuários de bebidas alcoólicas onde houvesse a presença de um terapeuta ou mediador, mostrou que esta abordagem de tratamento pode ser promissora para este público, porém, estudos com a presença efetiva de um terapeuta são raros e predominantes em língua inglesa. Grande parte dos estudos identificados e que possuem maior investimento atualmente correspondem a um tipo de intervenção autoaplicada, onde os participantes estabeleciam uma relação interativa com o computador a partir de diversos recursos tecnológicos, como, vídeos, chats e avaliações automatizadas. Temos, ainda, o fato de que a maior parte da população identificada nos estudos, tanto aqueles com a presença de um mediador quanto aqueles autoaplicados, corresponder a indivíduos que fazem um uso problemático, de risco ou abusivo de álcool, sendo raros aqueles em que os indivíduos fazem um uso dependente da substância. Apesar do baixo número de estudos identificados onde há a presença de um terapeuta, os resultados sugerem que esta pode ser uma nova abordagem terapêutica para o tratamento de usuários de bebidas alcoólicas, porém, sua eficácia e efetividade não estão claras, havendo-se a necessidade de maiores estudos na área para a sua melhor compreensão, além de maiores estudos que envolvam usuários dependentes.

A percepção desta necessidade a partir dos dados apresentados constituiu-se como causa principal das propostas desenvolvidas no Texto 2 – “Tradução e adaptação do Projeto MATCH” – e no Texto 3 – “Terapia Cognitivo-Comportamental breve por internet para dependentes de álcool: protocolo de estudo de um ensaio clínico randomizado”.

A adaptação de uma intervenção presencial para alcoolistas desenvolvida pelo NIAAA

dos Estados Unidos sob o nome de Projeto MATCH, baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e que obteve resultados favoráveis na redução do consumo de doses por ocasião, foi realizada a fim de verificar a efetividade de uma intervenção realizada por internet com a presença de um terapeuta para dependentes de álcool. Buscou-se agregar à forma de tratamento proposta no Projeto MATCH e que possui base teórica Cognitivo-Comportamental elementos da Entrevista Motivacional e da Prevenção de Recaída, com a finalidade de se verificar como essas abordagens complementares atuam auxiliando o indivíduo na mudança de um comportamento e na manutenção dos ganhos obtidos. Outro ponto que foi modificado em relação ao projeto original é o público alvo da intervenção. O Projeto MATCH recrutou como participantes não só usuários dependentes de álcool, mas também, usuários abusivos, além de indivíduos de ambos os sexos – masculino e feminino.

No ensaio clínico somente indivíduos do sexo masculino serão incluídos, o que pode corresponder a uma limitação do estudo. Porém, tal decisão foi tomada com vista a evitar um viés na amostra, dado ao fato de a maior presença de usuários dependentes de álcool na população brasileira (Carlini et al., 2006) e os que mais buscam tratamento para o alcoolismo (Soares, 2011) serem do sexo masculino.

Outra limitação importante e que não pode deixar de ser mencionada, é a impossibilidade de controlarmos a presença de outros transtornos mentais em diferentes níveis de gravidade na amostra do estudo, porém, a partir da utilização do M.I.N.I (Amorim, 2000) na entrevista para a avaliação da elegibilidade do participante, a presença de algumas comorbidades psiquiátricas poderá ser identificada. Por tratar-se do primeiro estudo desta natureza a ser realizado no país, o tamanho da amostra pode não ser suficiente pois o número de participantes desistentes pode ser maior do que o previsto pelo cálculo amostral.

Além das limitações citadas, o estudo apresenta pontos fortes que buscam controlar alguns vieses dos indivíduos provocados tanto pelos terapeutas quanto pelos participantes, pois trata-se de um estudo randomizado onde haverá a aleatorização dos participantes entre os grupos e o cegamento dos terapeutas até o momento da intervenção.

O protocolo de estudo proposto será utilizado como um guia para a melhor adequação da realização do ensaio clínico futuramente. Deve-se considerar que a realização de estudos de protocolo é relativamente recente, principalmente na psicologia. Atualmente, existem alguns periódicos internacionais que se propõem a publicar exclusivamente protocolos de estudo, dada sua importância (Jones, & Abbasi, 2004). Deve-se considerar, ainda, que no Brasil não há tradição na realização de ensaios clínicos e na busca de evidências na prática

psicológica. Neste sentido, este estudo traz uma visão inovadora para a área no país propondo o uso de uma metodologia com rigor científico que tornará possível fomentar evidências de uma abordagem alternativa para o tratamento de dependentes de álcool.

O interesse em outros países por intervenções via internet tem aumentado para diferentes transtornos mentais, inclusive para transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Como no país não foram identificados nenhum estudo desta natureza e como esta nova abordagem de tratamento tem se mostrado eficaz e efetiva, torna-se pertinente à realização de um ensaio clínico randomizado com o objetivo de avaliar a efetividade da intervenção por internet com a presença de um terapeuta para dependentes de álcool em uma amostra brasileira.

8.1. Referências:

- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.*, 22(3), 106-115.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., Carlini, C. M., Oliveira, L. G., Nappo, S. A., ... Sanchez, Z. V. D. M. (2006). 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 : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.
- Jones, G., & Abbasi, K. (2004). Trial protocols at the BMJ [Editorial]. *BMJ*. 329, 1360.
- Laranjeira, R.; Madruga, C. S.; Ribeiro, M.; Pinsky, I.; Caetano, R., & Mitsuhiro, S. S. (2012). II LENAD – II Levantamento nacional de álcool e drogas. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. Universidade Federal de São Paulo. Recuperado em 12/01/2015 em <http://inpad.org.br/lenad/resultados/alcool/press-release/>
- Organização Mundial de Saúde. (2014). Global status report on alcohol and health. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Recuperado em 13/01/2015 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
- Soares, B. G. (2011). A Efetividade das Intervenções Psicoterápicas no Tratamento dos Distúrbios por Uso de Álcool. In: Tamara Melnik, Álvaro Nagib Atallah (org). *Psicologia Baseada em Evidências: Provas Científicas da Efetividade da Psicoterapia*. São Paulo: Santos Editora, Grupo Editorial Nacional.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “PSICOTERAPIAS BREVES UTILIZANDO A INTERNET PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS”. Nesta pesquisa pretendemos **avaliar se a psicoterapia breve, realizada via internet, é efetiva para dependentes de álcool e outras drogas**. O motivo que nos leva a estudar esta modalidade de psicoterapia é o número insuficiente de oferta de tratamento para pessoas que desejam se tratar para dependência de substâncias psicotrópicas no Brasil. Isso é importante, porque, além do aumento do consumo de bebidas e outras drogas em nosso país, sabe-se que o uso de drogas está amplamente associado ao desenvolvimento de doenças graves, além de prejuízos sociais e psicológicos. Desta forma, acreditamos que a psicoterapia realizada via internet pode ser uma alternativa para as pessoas que desejam se tratar.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **Se o Sr. (a) decidir participar deste estudo, em um primeiro momento, será entrevistado por um psicólogo, que utilizará alguns questionários que avaliam o uso de álcool ou drogas e outras informações sociodemográficas. Essas entrevistas deverão durar cerca de 1 hora. Em seguida o Sr. (a) será encaminhado para a psicoterapia breve, que poderá ser presencial ou realizada via internet. Caso Sr. (a) esteja lendo este Termo no site (www.informalcool.org.br) sua opção de tratamento neste estudo é exclusivamente pela internet. As sessões de terapia serão realizadas semanalmente, com cerca de 1 hora de duração. A psicoterapia via internet será realizada por meio de ferramentas virtuais conhecidas, como Skype ou Messenger. Além disso, um psicólogo irá anotar semanalmente em seu prontuário as principais atividades realizadas nas sessões. A fim de garantir o sigilo das**

informações, serão utilizados computadores exclusivos para a realização do estudo, as sessões não serão gravadas e todo o material utilizado será arquivado no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora, que segue todos os protocolos exigidos pelo Conselho Federal de Psicologia quanto ao sigilo das informações dos pacientes atendidos. Os procedimentos seguem todos os critérios do Conselho Federal de Psicologia, segundo a Resolução N° 011/2012, que regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação à distância e o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental (em anexo).

Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Os benefícios que os participantes poderão obter serão provenientes dos seus objetivos com a terapia, como a redução ou eliminação do consumo de álcool ou drogas. O Sr. (a) não receberá qualquer ressarcimento para participar do estudo.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no **“Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora”** e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“PSICOTERAPIAS BREVES UTILIZANDO A INTERNET PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102- 3788 /E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROFA. DRA. LAISA MARCORELA ANDREOLI SARTES

ENDEREÇO: RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N – DEP. PSICOLOGIA – ICH – CIDADE UNIVERSITÁRIA

CEP: 36036-900 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32): 2102-3117

E-MAIL: laisa.sartes@gmail.com / laisa.sartes@ufjf.edu.br

Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

(*) Independente ou 2a porta da geladeira

Posse de itens	QUANTIDADE					<u>Posse de Itens</u>
	0	1	2	3	4 ou +	
Banheiros	0	3	7	10	14	
Empregados domésticos	0	3	7	10	13	
Automóveis	0	3	5	8	11	
Microcomputador	0	3	6	8	11	
Lava louça	0	3	6	6	6	
Geladeira	0	2	3	5	5	
Freezer*	0	2	4	6	6	
Lava roupa	0	2	4	6	6	
DVD	0	1	3	4	6	
Micro-ondas	0	2	4	4	4	
Motocicleta	0	1	3	3	3	
Secadora de roupas	0	2	2	2	2	

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 a 100 pontos
B1	38 a 44 pontos
B2	29 a 37 pontos
C1	23 a 28 pontos
C2	17 a 22 pontos
D – E	0 a 16 pontos

Soma: _____

Classificação final: _____

ANEXO 03: Área Álcool do Addiction Severity Index (ASI)

Escala de Gravidade

de Dependência

The Addiction Severity Index (ASI)

Versão 6

Observação:

Este instrumento encontra-se em fase de adaptação para a língua portuguesa. Seus direitos autorais pertencem à Universidade da Pensilvânia, e suas informações não podem ser divulgadas ou distribuídas sem o prévio consentimento dos autores. O Centro de Pesquisa em Alcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é o responsável pela utilização desta versão em português, que ainda se encontra em fase de testes. Quaisquer informações sobre o instrumento no Brasil podem ser obtidas pelos seguintes contatos:

Dr. Felix Kessler:

kessler.ez@terra.com.br

Dr. Flavio Pechansky:

fpechans@uol.com.br

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Questão	Grau de Preocupação	Questão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0-1-2-3-4	M24	0-1-2-3-4
Emprego/S.	---	-----	E23	0-1-2-3-4
Alcool	D22	0-1-2-3-4	D23	0-1-2-3-4
Drogas	D47	0-1-2-3-4	D48	0-1-2-3-4
Legal	L25	0-1-2-3-4	---	-----
Família/Soc.	F14	0-1-2-3-4	F15	0-1-2-3-4
Trauma	F38	0-1-2-3-4	F39	0-1-2-3-4
Filhos	F48	0-1-2-3-4	F49	0-1-2-3-4
Psiquiátrica	P20	0-1-2-3-4	P21	0-1-2-3-4

Códigos para aplicação do instrumento:

X – não sabe ou não entendeu a questão

N – não se aplica

Q – não quis responder

B – o entrevistador deixou em branco incorretamente

ASI6

Drogas / Alcool – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas, e sobre qualquer tratamento para abuso de substâncias que você tenha recebido.

Histórico de Tratamentos

D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas?
- inclui avaliações para tratamento mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA. 00 → D6

D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação?
- desintoxicação não seguida por tratamento adicional.

D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas?

Quanto dias você:

A. Últimos 6 meses B. 30 Dias
D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas? 000 → D5

D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas? 000 → D6
ex.: disulfiram, naltrexona (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc.
- inclui medicações para dependência de nicotina.

D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)? [se nunca participou → D8]

D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana?

Anos Meses

Uso de Alcool

D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana? 00 → D10
- inclui períodos sem álcool

D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinks¹ por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? >0 → D11

D10. Você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinks por dia em 50 dias ou mais em sua vida? 1-Sim, 0-Não

D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool? [se nunca, codifique NN]

D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?
0 - Sem uso (→ D20) 3 - 3-4 vezes por semana
1 - 1-3 vezes por mês 4 - Diariamente
2 - 1-2 vezes por semana

D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica? 00 → D20

¹ Um drink: considere aproximadamente 1,2 oz de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

D14. Quando você bebeu pela última vez?
[00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]

D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/ homens, 4 p/ mulheres) drinks em um dia?

D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$

Sintomas do Alcool

Nos últimos 30 dias:

D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber? 1-Sim, 0-Não

D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir, ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? 1-Sim, 0-Não

D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões; ou teve problema com a lei? 1-Sim, 0-Não

D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? 1-Sim, 0-Não

D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool? 00 → D23

D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente

D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente

D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente

Comentários:

ANEXO 04: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)

Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

ANEXO 05: Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool (IECPA)

Obs.: Este instrumento não pode ser incluído nos anexos por ser um instrumento com direitos autorais que não pode ser disponibilizado gratuitamente.

ANEXO 06: Adaptação Brasileira do University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)

URICA

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

Para todas as frases que se referem ao seu problema, pense no seu consumo de bebidas alcoólicas. E aqui se refere a este local ou programa de tratamento.

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

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

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

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

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

ANEXO 07: Régua da Prontidão

Marque um ponto na linha que melhor expressa a sua resposta para a pergunta:

O quanto você se considera pronto neste momento para mudar o seu comportamento com relação ao seu uso de bebidas alcoólicas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

0 – Não estou nada pronto para mudar

10 – Estou trabalhando ativamente na mudança ou mantendo a mudança

ANEXO 08. Working Alliance Inventory (WAI)

Terapeuta: _____ Cliente: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Diagnóstico: _____

Inventário de Aliança Terapêutica						
Versão Terapeuta						
Instruções						
Nas páginas seguintes você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu cliente.						
Abaixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:						

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

Por exemplo: Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) **sempre** faça um círculo no número 7; se **nunca** faça um círculo no número 1. Use os outros números para descrever variações entre estes dois extremos.

Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda rapidamente, suas primeiras impressões são as mais importantes.
 (POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A **TODOS** OS ITENS)

Obrigado por sua colaboração.

© A. O. Horvath, 1981, 1984

Versão autorizada para Língua Portuguesa: Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

2. O(a) meu(a) cliente e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a sua situação

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

3. Tenho algumas preocupações acerca do resultado destas sessões.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

4. O(a) meu(a) cliente e eu temos confiança na utilidade das nossas atividades em terapia.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

5. Sinto que compreendo realmente o(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

6. O(a) meu(a) cliente e eu temos uma percepção comum acerca dos seus objetivos.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

7. O(a) meu(a) cliente acha confuso o que estamos fazendo em terapia.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
8. Acho que o(a) meu(a) cliente gosta de mim.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
9. Sinto a necessidade de explicar a finalidade das nossas sessões.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
10. O(a) meu(a) cliente e eu discordamos acerca dos objetivos destas sessões.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) cliente não é utilizado de um modo eficaz.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
12. Tenho dúvidas acerca daquilo que tentamos conseguir com a terapia.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
13. Sou claro e explícito acerca das responsabilidades do(a) meu(a) cliente na terapia.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
14. Os objetivos destas sessões são importantes para o(a) meu(a) cliente.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) cliente fazemos em terapia não está relacionado com as suas preocupações.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
16. Sinto que aquilo que fazemos em terapia ajudará o(a) meu(a) cliente a atingir as mudanças que deseja.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
17. Estou genuinamente preocupado com o bem-estar do(a) meu(a) cliente.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
18. Sou claro acerca do que espero que o(a) meu(a) cliente faça nestas sessões.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre

19. O(a) meu(a) cliente e eu respeitamo-nos mutuamente.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente	7 Sempre
20. Sinto que não sou totalmente honesto acerca daquilo que sinto em relação ao(à) meu(a) cliente.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente	7 Sempre
21. Tenho confiança na minha capacidade de ajudar o(a) meu(a) cliente.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente	7 Sempre
22. O(a) meu(a) cliente e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente	7 Sempre
23. Aprecio o(a) meu(a) cliente como pessoa.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente	7 Sempre
24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante o(a) meu(a) cliente trabalhar.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente	7 Sempre
25. Como resultado destas sessões torna-se mais claro para o(a) meu(a) cliente como será possível ele(a) mudar.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente	7 Sempre
26. O(a) meu(a) cliente e eu confiamos um no outro.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente	7 Sempre
27. O(a) meu(a) cliente e eu temos idéias diferentes acerca de quais são os seus problemas.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente	7 Sempre
28. A minha relação com o(a) meu(a) cliente é importante para ele(a).						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente	7 Sempre
29. Sinto que o(a) meu(a) cliente tem medo de que se disser ou fizer algo errado, eu deixe de trabalhar com ele(a).						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente	7 Sempre
30. O(a) meu(a) cliente e eu colaboramos na definição dos objetivos destas sessões.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Freqüentemente	6 Muito Freqüentemente	7 Sempre

31. O(a) meu(a) cliente está frustrado(a) com as coisas que eu peço para ele(a) fazer em terapia.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

33. As coisas que fazemos em terapia não fazem muito sentido para o(a) meu(a) cliente.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

34. O(a) meu(a) cliente não sabe o que esperar como resultado da terapia.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

35. O(a) meu(a) cliente acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

36. Eu respeito o(a) meu(a) cliente mesmo quando faz coisas que eu não aprovo.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

Idade: _____ Sexo: _____

Inventário de Aliança Terapêutica

Versão Cliente

Instruções

Nas páginas seguintes você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu terapeuta.

Abaixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

Por exemplo: Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) **sempre** faça um círculo no número 7; se **nunca** faça um círculo no número 1. Use os outros números para descrever variações entre estes dois extremos.

Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda rapidamente, suas primeiras impressões são as mais importantes.
(POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A **TODOS** OS ITENS)

Obrigado por sua colaboração.

© A. O. Horvath, 1981, 1984

Versão autorizada para Língua Portuguesa: Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu(a) terapeuta.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
2. O(a) meu(a) terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
3. Estou preocupado(a) com o resultado destas sessões.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
4. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
5. Eu e o(a) meu(a) terapeuta compreendemo-nos mutuamente.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
6. O(a) meu(a) terapeuta percebe, com clareza, quais são os meus objetivos.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
7. Acho confuso o que estou fazendo em terapia.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
8. Acho que o(a) meu(a) terapeuta gosta de mim.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
9. Gostaria que o(a) meu(a) terapeuta e eu pudéssemos deixar claro a finalidade das nossas sessões.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
10. Discordo do meu(a) terapeuta acerca dos objetivos da terapia.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) terapeuta não é utilizado de um modo eficaz.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
12. O(a) meu(a) terapeuta não percebe aquilo que tento conseguir com a terapia.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre

13. Está claro para mim quais as minhas responsabilidades na terapia.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
14. Os objetivos destas sessões são importantes para mim.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) terapeuta fazemos em terapia não está relacionado com as minhas preocupações.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
16. Sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que desejo.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
17. Acredito que meu(a) terapeuta está genuinamente preocupado com o meu bem-estar.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
18. Está claro para mim o que o(a) meu(a) terapeuta quer que eu faça nestas sessões.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
19. O(a) meu(a) terapeuta e eu respeitamo-nos mutuamente.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
20. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta não é totalmente honesto(a) acerca daquilo que sente em relação a mim.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
21. Tenho confiança na capacidade de meu(a) terapeuta para me ajudar.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
22. O(a) meu(a) terapeuta e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
23. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta me aprecia.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante eu trabalhar.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre

25. Como resultado destas sessões torna-se mais claro para mim como será possível eu mudar.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
26. O(a) meu(a) terapeuta e eu confiamos um no outro.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
27. O(a) meu(a) terapeuta e eu temos idéias diferentes acerca de quais são os meus problemas.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
28. A minha relação com o(a) meu(a) terapeuta é muito importante para mim.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
29. Sinto que se disser ou fizer algo errado, o(a) meu(a) terapeuta deixará de trabalhar comigo.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
30. O(a) meu(a) terapeuta e eu colaboramos na definição dos objetivos da minha terapia.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
31. Estou frustrado(a) com as coisas que faço em terapia.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
33. As coisas que o(a) meu(a) terapeuta me pede para fazer não fazem sentido.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
34. Não sei o que esperar como resultado da minha terapia.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
35. Acredito que o modo como estamos trabalhando com o meu problema é correto.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre
36. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que não aprova.						
1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Às vezes	5 Frequentemente	6 Muito Frequentemente	7 Sempre

ANEXO 09: Questionário de Satisfação**QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE**

1 – Como você avalia a forma de tratamento (psicoterapia breve via internet) que você participou?

- a. Muito ruim ()
- b. Ruim ()
- c. Boa ()
- d. Muito boa ()
- e. Não sei ()

Outra resposta:

2 – De 1 a 4 qual a nota você dá para:

- 1 - muito insatisfeito
- 2 - insatisfeito
- 3 - satisfeito
- 4 - muito satisfeito

A forma de intervenção realizada (psicoterapia breve via internet) ____

O número de sessões ____

Ao terapeuta ____

Ao seu resultado ____

As atividades realizadas na terapia ____

A avaliação com os questionários ____

Quer fazer algum comentário sobre as avaliações acima?

3 – Quais as sugestões você gostaria de dar para a realização de futuras intervenções:

ANEXO 10: Questionário de Avaliação do Uso da Internet**Avaliação do uso da internet**

1. Você usa computador? Se sim, com que frequência você usa a Internet?

- 1. ☐ não usa
- 2. ☐ usa em média 1 vez no mês
- 3. ☐ usa até 2 dias por semana
- 4. ☐ usa de 2 a 3 dias por semana
- 5. ☐ usa de 4 a 5 vezes por semana
- 6. ☐ usa quase todos os dias/todos os dias

2. Em relação à dificuldade de usar computador, como você se avalia?

- 1. ☐ tenho muita dificuldade 2. ☐ tenho alguma dificuldade
- 3. ☐ não tenho dificuldade 4. ☐ não se aplica (não usa computador)

ANEXO 11: Questões de Avaliação de Doses Consumidas e de Dias de Abstinência

1 - Nos últimos 30 dias, em média, quantas doses de bebida alcoólica você consumiu nos dias em que bebeu? Quantos dias bebeu?

(Sabendo que 1 dose equivale a uma lata de cerveja de 350 ml, 1 copo de cachaça de 40ml, e uma taça de vinho de 85ml)

2 - Nos últimos 30 dias, quantos dias ficou abstinente?