

FLAVIANE BEVILAQUA FELICISSIMO

Habilidades sociais e estigma internalizado em alcoolistas

Orientador: Telmo Mota Ronzani

JUIZ DE FORA

2013

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

FLAVIANE BEVILAQUA FELICISSIMO

Habilidades sociais e estigma internalizado em alcoolistas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia por Flaviane Bevilaqua Felicissimo.

Orientador: Telmo Mota Ronzani

JUIZ DE FORA

2013

TERMO DE APROVAÇÃO

**Dissertação defendida e aprovada, em __ de janeiro de 2013, pela banca
constituída por:**

Autor: Flaviane Bevilaqua Felicissimo

Avaliador 1: Prof.(a) Dr.(a) Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Avaliador 2: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Avaliador 3: Prof(a). Dr(a). Margareth da Silva Oliveira

JUIZ DE FORA

2013

AGRADECIMENTOS

A conclusão de mais uma etapa acadêmica é motivo de alegria, orgulho e motivação. Entretanto, esta não seria possível sem a contribuição de diversos atores que, direta ou indiretamente, se fizeram importantes nessa caminhada.

Agradeço em primeiro lugar à minha família, que através de incentivos e ensinamentos, me permitiram chegar onde estou. Acima de tudo, agradeço à minha mãe, que abdicou de suas próprias escolhas em favor das minhas.

À minha avó Luzia, que mesmo sem um entendimento profundo acerca da trajetória acadêmica, sempre demonstrou orgulho ao contar a todos: “minha neta esta no mestrado!”.

Ao meu irmão Guilherme, pela paciência e compreensão nos dias em que não pude brincar por estar estudando. Ainda, por me motivar a ser uma pessoa cada vez melhor por ele.

Ao meu namorado, meu outro Guilherme (rs), por ser um anjo em minha vida, muito mais que namorado, amigo e amante. Por “dividir comigo a sua história e me ajudar a construir a minha...”.

Ao meu pai, Tiliete e Mariana, que mesmo distantes, se fizeram presentes nos menores detalhes.

À Ana Beatriz por tentar incansavelmente me convencer que eu era capaz. Mais uma vez você tinha razão! Sou eternamente grata pelas lições aprendidas com você!

Ao grupo Estigma, por ter proporcionado a concretização desse trabalho. Sem vocês, com certeza não seria possível concluí-lo. Esse trabalho é produto do esforço, dedicação e competência de todo o grupo!

Ao professor Telmo, por fazer jus à minha admiração, contribuindo para a minha formação acadêmica e pessoal.

Aos amigos da “bolha” – Fernanda, Cinthia, Dalila, Priscila, André, Baracho e Talita - que alegraram o caminho percorrido até aqui! Aos amigos que fiz no mestrado, em especial: Viviam, Sabrina e Nath, companheiras de curso e de vida!

À ABAN, especialmente aos projetos que participei ou ainda participo: Projeto Laços, Vida, Reggaebem e Alternativa Legal. Em especial, agradeço a dois anjos que cruzaram meu caminho: Nely e Luísa. Serei uma eterna admiradora da sabedoria e carisma de vocês!

Ao CAEd e à equipe da CAP que em tão pouco tempo já se tornaram tão especiais. Agradeço especialmente aos “pseudo-asinhas” –Tuko, Joyce, Rafael e Vanessa. Ao Daniel Brooke pela disponibilidade em traduzir os textos e ao Túlio por, pacientemente, ouvir minhas dúvidas e me explicar sobre regressões.

Ao Léo, pelo auxílio nas análises estatísticas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado, permitindo assim a dedicação exclusiva ao projeto.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro à pesquisa.

Aos professores Lélío Lourenço, Laisa Sartes, Zilda Del Prette e Margareth Oliveira que gentilmente aceitaram avaliar esse trabalho.

Aos participantes que consentiram em responder aos questionários e permitiram o desenvolvimento da pesquisa.

Aos amigos do CREPEIA, pelas trocas de experiências e conhecimentos enriquecedores.

À Universidade Federal de Juiz de Fora, palco de grandes conquistas e sucesso!

Enfim, à todos que contribuíram para o meu crescimento, meu muito obrigada!

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
1.1	Epidemiologia do uso de álcool	15
1.2	Agravos sociais decorrentes do uso de álcool	16
1.3	Fatores de risco e proteção para o uso de álcool	18
1.4	Moralização do consumo de álcool	20
2.	ESTIGMA	23
2.1	Estigma público	23
2.2	Estigma internalizado	26
2.3	Estigma internalizado e consumo de substâncias	29
2.4	Estigma e variáveis associadas	32
3.	HABILIDADES SOCIAIS	34
4.	OBJETIVOS	41
5.	ESTUDO 1 - Habilidades sociais e alcoolismo: uma revisão da literatura	42
5.1	Introdução	42
5.2	Método	44
5.3	Resultados	45
5.4	Discussão	50
5.5	Considerações finais	54
6.	ESTUDO 2 – Estudo comparativo do repertório de Habilidades Sociais entre dependentes e não dependentes de álcool	55
6.1	Justificativa	55
6.2	Método	55
6.3	Participantes	56
6.4	Instrumentos	57
6.5	Aspectos éticos	59
6.6	Análise dos dados	59
6.7	Resultados	60

6.8	Discussão	62
6.9	Limitações do estudo	65
6.10	Conclusão	65
7.	ESTUDO 3 - Estigma internalizado e Habilidades Sociais em dependentes de álcool	67
7.1	Método	67
7.2	Instrumentos	67
7.3	Análise dos dados	68
7.4	Resultados	69
7.5	Discussão	72
7.6	Limitações do estudo	75
7.7	Conclusões	76
8.	REFERÊNCIAS	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência de artigos publicados nos periódicos	46
Tabela 2 - Descrição da amostra de dependentes e não dependentes	60
Tabela 3 - Descrição do repertório de Habilidades Sociais de Dependentes e não dependentes de álcool	61
Tabela 4 - Descrição do estigma internalizado em alcoolistas (n=122)	70
Tabela 5 - Correlações entre o escore total do IHS e da ISMI-BR e das subescalas da ISMI-BR e do IHS	71
Tabela 6: Modelos de regressão múltipla para ISMI-BR (n=122)	72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes do estigma público	24
Figura 2 – Processo de internalização do estigma	27
Figura 3 – Diferentes reações ao processo de estigmatização	28
Figura 4 - Relação entre o repertório de habilidades sociais e a internalização do estigma	39
Figura 5 – Frequência de publicações de 1976 à 2011	46

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1- Termo de consentimento livre e esclarecido – grupo dependentes de álcool	90
ANEXO 2- Termo de consentimento livre e esclarecido – grupo de não dependentes de álcool	92
ANEXO 3 - Termo de aprovação do comitê de ética em pesquisa	94
ANEXO 4 - Mini international neuropsychiatric interview (MINI)	95
ANEXO 5 - Internalized stigma of mental illness adaptada para dependentes de substâncias no Brasil (ISMI-BR)	98
ANEXO 6 - Questionário sociodemográfico	100

RESUMO

O alcoolismo é uma condição fortemente estigmatizada pela população geral, conduzindo o alcoolista a internalizar esse estigma e sofrer com as consequências negativas desse fenômeno. Um adequado repertório de habilidades sociais permite ao indivíduo aumentar sua rede de apoio social, atuando como minimizador das consequências negativas da internalização do estigma. Diante dessa constatação, o presente trabalho buscou responder a três objetivos: (1) Revisar a literatura científica em busca de evidências de déficits no repertório de habilidades sociais em alcoolistas e da eficácia do Treinamento de Habilidades Sociais (THS) para o tratamento dessa condição; (2) caracterizar e comparar o repertório de habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool e (3) descrever o estigma internalizado em alcoolistas e sua relação com o repertório de habilidades sociais. Para responder ao primeiro objetivo, foi conduzida uma revisão sistemática da literatura, a qual analisou 33 estudos interessados nessa relação. Os resultados indicaram uma ausência de estudos que comprovem a existência de déficits no repertório de habilidades sociais em alcoolistas. Entretanto, o THS foi apontado como uma técnica eficaz no tratamento para essa condição. Para responder aos objetivos dois e três, foram entrevistados 123 dependentes de álcool e 114 não dependentes dessa substância, através de uma entrevista estruturada utilizando os instrumentos: questionário sociodemográfico, *Mini International Neuropsychiatric Interview*, Inventário de Habilidades Sociais e a *Internalized stigma of mental illness* adaptada para a população de dependentes de substâncias no Brasil. Os dados foram analisados quantitativamente e indicaram uma diferença na habilidade de autocontrole da agressividade entre dependentes e não dependentes de álcool, demonstrando um pior desempenho dessa habilidade em alcoolistas. Ainda, foi encontrada uma correlação negativa entre o estigma internalizado e o repertório de habilidades sociais, sendo que a habilidade de conversação e desenvoltura social se destacou como uma habilidade que contribuiu significativamente para a internalização do estigma. Conclui-se que o repertório de habilidades sociais é uma variável significativa no processo de internalização do estigma e, portanto, deve ser considerada em programas voltados para a diminuição desse fenômeno.

Palavras-chave: Estigma internalizado; habilidades sociais; alcoolismo.

ABSTRACT

Alcoholism is a condition strongly stigmatized by the general population, which leads alcoholics to internalize their stigma and suffer along with the negative consequences of such phenomena. However, an adequate repertoire of social skills allows a person to expand its social network and support groups, minimizing the negative consequences of internalizing such stigma. Taking this into consideration, this current study sought to address three topics: (1) Evidences available through a review of scientific literature on alcoholics social skills deficit and how effective Social Skills Training (SST) is for the treatment of such condition; (2) characterization and comparison between social skills of alcoholics and non-alcoholics, and (3) description of the stigma internalized by alcoholics and its relationship to an individual's social skills repertoire. In order to answer the first topic, a systematic review of the literature pertaining the subject was conducted, where 33 related studies were analyzed. Our findings indicate a lack of studies able to confirm deficits in alcoholic's social skills repertoire. However, SST is considered an effective form of treatment for such condition. To address topics two and three, 123 alcoholics and 114 non-alcoholics were consulted by means of a structured interview, where the following instruments were utilized: a socio-demographic questionnaire, a Mini International Neuropsychiatric Interview, a Social Skills Inventory and Internalized stigma of mental illness – especially adapted to the Brazilian population dependent on such substances. A quantitative analysis of the collected data indicates an actual difference between alcoholics and non-alcoholics in terms of their anger management abilities, showing alcoholics to be more aggressive than non-alcoholics. Moreover, a negative correlation was also found between internalized stigma and social skills, where the ability to socialize and conversation skills stand out as significant contributors to the internalization of the alcoholic stigma. In conclusion, the repertoire of social skills is an important variable for understanding the internalization of such stigma and, therefore, must be taken into consideration by programs which seek to reduce this phenomenon.

Key-words: Internalized stigma, social skills; alcoholism.

*“O essencial é saber ver,
Saber ver sem estar a pensar,
Saber ver quando se vê
E nem pensar quando se vê
Nem ver quando se pensa
Mas isso (triste de nós, que trazemos a alma vestida)
Isso exige um estudo profundo,
Uma aprendizagem de desaprender.”*

(Fernando Pessoa)

1. INTRODUÇÃO

O consumo de álcool sempre esteve presente na sociedade e ocupa ao longo da história lugares privilegiados como elemento fundamental nos rituais religiosos, presença constante em momentos de comemoração e envolvido em simbolismos (Gigliottia & Bessa, 2004). Dessa forma, o consumo de álcool não pode ser analisado isoladamente, mas deve ser visto no conjunto da vida social, uma vez que as consequências deste uso dependem de fatores psicológicos, contextuais e das propriedades farmacológicas dessa substância (Andrade & Espinheira, 2008).

O álcool está entre as poucas substâncias psicotrópicas que têm seu consumo admitido e, muitas vezes, até incentivado pelas sociedades ocidentais (Scali & Ronzani, 2007). Sendo assim, percebe-se uma função ambígua do álcool, em que a mesma substância imersa em significados que promove a socialização, alegria e comemora, também pode originar um grave transtorno de saúde pública mundial (Gigliottia & Bessa, 2004). Na nossa cultura, o uso de álcool é incentivado até mesmo pelos veículos de comunicação de massa, como é o caso das propagandas, que em grande parte, associam o consumo de álcool a momentos de lazer, relaxamento e humor (Pinsky & Jundi, 2008).

O consumo de álcool vem sendo estudado de forma crescente em todo o mundo devido aos impactos sociais e econômicos associados a esse consumo, sendo os transtornos devido ao abuso de álcool os mais comuns dentre os transtornos por abuso de substâncias (Abou-Saleh, 2006). O uso prejudicial de álcool resulta em aproximadamente 2,5 milhões de mortes a cada ano, sendo responsável direto por mais de 60 tipos de doenças e lesões e, indiretamente por mais de 200 outras doenças. Além disso, quase 4% de todas as mortes no mundo são atribuíveis ao álcool, sendo essa porcentagem maior do que as mortes causadas pelo vírus da HIV/AIDS, violência e tuberculose, caracterizando o consumo inadequado de álcool como um importante problema de saúde pública a ser enfrentado em todo o mundo (WHO, 2011).

Segundo o DSM-IV, a dependência do álcool é definida como um padrão mal-adaptativo de uso do álcool levando a prejuízos clinicamente significativos através da manifestação de no mínimo três dos seguintes sintomas durante os últimos 12 meses: tolerância, abstinência, desejo persistente ou esforços insatisfatórios para controlar o uso de álcool, gasto de tempo excessivo com o consumo de álcool, redução das atividades sociais, ocupacionais ou de lazer em função desse consumo e a persistência do mesmo

apesar do conhecimento de problemas físicos ou psicológicos derivados de seu consumo (American Psychological Association [APA], 1994).

Através do exposto acima, percebe-se que existe uma grande variedade no padrão de consumo de álcool entre os indivíduos, além de esse consumo ser incentivado na nossa cultura, e, portanto, definir e caracterizar aqueles usuários de álcool que merecem um cuidado especial é uma questão importante e que demanda investimento de pesquisas.

1.1. Epidemiologia do uso de álcool

Segundo Pechansky, Duarte e Boni (2010), o consumo de álcool cresceu mais de 70% no Brasil entre as décadas de 70 e 90, colocando o país na 25ª posição em termos de crescimento do consumo de bebidas alcoólicas. De acordo com a comparação feita no Relatório Brasileiro sobre Drogas (Duarte, Stempliuk & Barroso, 2009), o consumo de álcool no Brasil investigado nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes, passou de 68,7% em 2001 para 74,6% em 2005. Da mesma forma, a estimativa de dependentes de álcool em 2001 foi de 11,2% e passou para 12,3% em 2005. Percebe-se através desses dados que o consumo desta substância vem crescendo ao longo dos anos, assim como suas consequências para a sociedade, o que destaca a importância de investir em pesquisas e ações que busquem compreender, prevenir e controlar o uso de álcool na população geral.

Vale à pena ressaltar que ao analisar a prevalência de uso na vida de álcool por regiões, a região sudeste apresenta uma prevalência de 71,5% de uso na vida dessa substância no ano de 2001, sendo que para 2005 a prevalência foi de 80,4%. O sexo masculino apresenta maior uso na vida e maior dependência de álcool em relação ao sexo feminino, tanto em 2001 quanto em 2005 (Duarte, Stempliuk & Barroso, 2009).

Segundo o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras (Galduróz, Noto, Fonseca & Carlini, 2005), 65,2% dos estudantes já consumiram álcool na vida, sendo esta a maior porcentagem de drogas psicotrópicas consumidas. Considerando que 36,3% dos estudantes tinham idade entre 13 e 15 anos, esse dado se torna alarmante e indica a necessidade de intervenções em populações cada vez mais jovens, uma vez que a idade média do primeiro consumo é de 12,5 anos. Além disso, 6,7% dos estudantes relataram uso pesado de álcool.

Segundo o I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira (Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007) 45% das pessoas relataram ter tido problemas quando beberam, sendo a porcentagem de homens que tiveram problemas ao beber maior do que mulheres, e 38% dos entrevistados que tiveram problemas, classificaram-nos como problemas “físicos”, seguido por 18% que relataram problemas familiares.

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (Duarte et al., 2009) aponta que 68,7% das internações por transtornos mentais e comportamentais estão associadas ao consumo de álcool, sendo que a segunda maior proporção seria 23% associada a múltiplas drogas, apoiando a superioridade dos agravos derivados do álcool em relação à outras drogas. Outro dado alarmante encontra-se no número de óbitos associados a transtornos mentais e comportamentais pelo uso de drogas, que coloca o álcool em primeira posição com aproximadamente 90% dos casos, seguido pelo tabaco com aproximadamente 6% dos casos. Dessa forma, o álcool seria responsável pela morte de 3,9 pessoas em cada 100.000 habitantes no Brasil (Duarte et al., 2009).

Não somente em relação aos óbitos relacionados ao consumo de álcool, também é importante observar a porcentagem de afastamento do trabalho devido a acidentes e problemas relacionados ao seu consumo. Cinquenta e sete por cento desses afastamentos são devido ao álcool, sendo esta a maior porcentagem observada quando comparada a outras drogas (Duarte et al., 2009).

Como pode ser percebido através do exposto acima, o consumo de álcool afeta de maneira significativa vários aspectos da vida de seus consumidores e dos grupos a quais eles estão inseridos. Além do uso recreativo, em muitos casos o consumo de álcool se associa a problemas graves como a ocorrência de acidentes, violência, produção ou agravamento de doenças variadas, entre outros (Duarte, Stempluk, & Barroso, 2009).

1.2. *Agravos sociais decorrentes do uso de álcool*

A preocupação a respeito das consequências do consumo de álcool advém principalmente da expressiva morbimortalidade gerada por este consumo, além dos problemas causados direta e indiretamente pelo abuso de álcool que contribuem para prejuízos econômicos e sociais em todo o mundo (Gallassi, Alvarenga, Andrade, & Couttolenc, 2008). A maioria dos profissionais de saúde concorda que o consumo de

álcool afeta praticamente todos os órgãos do corpo humano (World Health Organization [WHO], 2004), no entanto, muitas pessoas esperam por consequências diretas advindas desse consumo para considerá-lo realmente prejudicial à saúde. Sabe-se que a dependência ao álcool não ocorre instantaneamente e por isso, as consequências decorrentes dela nem sempre são rapidamente percebidas apesar de muitas outras consequências indiretas serem atribuídas ao consumo inadequado dessa substância, como é o caso de acidentes de trânsito, violência, entre outros. Além das consequências diretas provocadas aos indivíduos que fazem consumo de álcool, existem consequências indiretas também para aqueles com quem estes convivem como os passageiros envolvidos nos acidentes de trânsito, membros da família afetados pelo descumprimento de seu papel social, incidentes de violência doméstica, entre outros (WHO, 2004)

Segundo Andrade, Duarte e Oliveira (2010), o uso de álcool e de outras substâncias tem sido apontado como um fator que aumenta significativamente a probabilidade de participação em comportamentos de risco à saúde, como é o caso da associação entre o consumo de álcool e acidentes de trânsito, que já é bem estabelecida na literatura, uma vez que o álcool é a substância mais encontrada em vítimas fatais de acidentes de trânsito (Ponce & Leyton, 2008).

Um estudo de Pechansky et al., (2010) revelou que 73% dos motoristas de carro entrevistados haviam feito consumo abusivo de álcool nos últimos doze meses e que 12,8% haviam feito consumo de álcool no dia em que estavam dirigindo. Tal padrão de comportamento pode acarretar em acidentes de trânsito e conseqüentemente a um elevado custo para a sociedade.

No estudo de Walton et al. (2008), 53,4% dos pacientes que deram entrada no serviço de emergência após terem sofrido algum tipo de acidente e que faziam uso de álcool não percebiam problema algum em seu consumo e não tinham intenção de mudar esse padrão de comportamento, ressaltando a necessidade de triagem dos pacientes que buscam tratamentos para outras condições, mas que podem fazer uso de álcool. Complementando essa informação, o estudo de Magnabosco, Formigoni e Ronzani (2007) objetivou avaliar o padrão de consumo de álcool em usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde e encontraram uma prevalência de 18,3% de uso nocivo de álcool e 3,8% de sintomas sugestivos de dependência dessa substância entre os usuários desses serviços. Ainda, a frequência de homens com padrão de uso nocivo foi superior à frequência encontrada nas mulheres em todas as faixas etárias. Esses dados corroboram a necessidade de se incluir na rotina de serviços de atenção primária à

saúde uma avaliação quanto aos problemas relacionados ao consumo abusivo de álcool a fim de identificar os usuários que fazem uso nocivo e criar estratégias para que esse quadro não evolua para a dependência.

Outro comportamento de risco associado ao consumo de álcool consiste no consumo desta substância durante o período de gestação. Um estudo realizado por Silva, Ronzani, Furtado, Aliane e Moreira-Almeida (2010) encontrou uma prevalência de 24,6% de mulheres grávidas e que faziam consumo de álcool no período gestacional. Diante da complexidade desse comportamento e dos agravos irreparáveis que o álcool poder gerar para o feto, torna-se necessário pensar em intervenções para conscientizar e intervir junto a essa população.

O I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras (Andrade, Duarte & Oliveira, 2010) investigou a prevalência de comportamentos sexuais de risco, assim como a prevalência do comportamento de dirigir alcoolizado ou pegar carona com motoristas alcoolizados, entre universitários brasileiros. Nesse estudo, 18% dos estudantes dirigiram sob efeito do álcool no último ano, sendo essa frequência maior entre universitários da rede privada (19%). Não obstante esse resultado preocupante, 27% dos estudantes relataram já terem pegado carona com motorista alcoolizado, o que corrobora o perigo envolvido não só para a pessoa que bebe, mas para aqueles que não bebem e estão sujeitos às consequências dos que o fazem.

O consumo de álcool também está associado a uma variedade de sintomas e doenças. A Organização Mundial de Saúde apresenta uma lista de doenças que são atribuíveis ao consumo dessa substância, entre elas estão: as psicoses alcoólicas, a síndrome de dependência do álcool, gastrite alcoólica, cardiomiopatia alcoólica e outras. Além dessas, o álcool pode contribuir para outras doenças, como o câncer, doenças cardiovasculares, cirrose hepática, entre outras. Não obstante as consequências para a saúde do indivíduo, outras consequências consideradas problemas sociais também estão relacionadas ao consumo de álcool, tais como aumento da taxa de absenteísmo, diminuição da produtividade ocupacional, problemas familiares e violência doméstica (WHO, 2004).

1.3. Fatores de risco e proteção para o uso de álcool

O uso de álcool se dá através da interação de diversos fatores, para além da vontade do indivíduo. Existem aqueles fatores que aumentam a probabilidade do início desse consumo, assim como aumentam as chances de que esse uso inicial traga consequências negativas aos indivíduos, chamados fatores de risco. Da mesma forma, existem fatores que diminuem tais riscos, protegendo o indivíduo do consumo de álcool abusivo, chamados fatores de proteção. Diante disso, torna-se importante definir os fatores de risco e de proteção que estariam envolvidos nessa temática (Formigoni & Duarte, 2009), apesar de tais fatores não serem definidos de forma estática, pois estes resultam da combinação entre características do indivíduo e seu ambiente familiar, social e cultural.

Especula-se que um importante fator de risco para o consumo de álcool diz respeito às crenças e expectativas positivas em relação ao seu efeito. Esta hipótese foi corroborada por Scali e Ronzani (2007) que encontraram em um estudo comparativo entre dependentes e não dependentes de álcool, uma maior porcentagem de crenças mais positivas em relação ao álcool em indivíduos dependentes desta substância comparados aqueles que não eram dependentes da mesma. Nesta mesma direção, Fachini e Furtado (2011) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de analisar a existência de diferenças de sexo quanto às expectativas relacionadas ao consumo de álcool e encontraram que a expectativa mais frequente para ambos os sexos, foi a de facilitação social. Os autores concluem que as expectativas relacionadas ao consumo de álcool constituem-se um importante fator de risco a ser considerado no planejamento de estratégias preventivas e de tratamento.

Segundo o estudo de Silva, Malbergier, Stempliuk e Andrade (2006) com estudantes universitários, a religião apareceu como um possível fator de proteção, em especial, aquelas em que existia uma condenação mais explícita e clara do uso de drogas, uma vez que os alunos que tinham alguma religião e praticavam-na apresentavam um consumo de álcool menor do que aqueles que não o faziam. Ainda, o tipo de religião praticada, também apresentou uma diferença significativa, com 85,7% dos estudantes católicos fazendo uso de álcool em detrimento de 62,3% dos estudantes protestantes. Esses dados vão ao encontro do que vem sendo observado na literatura que aponta a religião como um importante fator de proteção para o consumo de substâncias, visto que valores religiosos, no geral, preconizam um bom relacionamento com respeito e afeto permitindo que o indivíduo se desenvolva em um ambiente emocionalmente saudável (Formigoni & Duarte, 2009).

Sanchez, Oliveira e Nappo (2004) encontraram que tanto usuários e não usuários de substâncias identificavam da mesma forma os fatores de proteção para o não consumo de substâncias, sendo eles: família, religiosidade, informação a respeito das substâncias, perspectivas de futuro, personalidade/consciência, amor próprio, medo e amizades não usuárias. Tais fatores foram apresentados na ordem de maior frequência relatada pelos entrevistados. É importante entender que a família citada como fator de proteção, engloba a união de pessoas através de vínculos afetivos que sejam capazes de oferecer elementos essenciais como apoio, carinho, proteção e estabelecimento de limites. No entanto, estudos apontam que a família também pode ser identificada como um importante fator de risco, quando esta se mostra desestruturada, fonte de violência, negligência e onde o consumo de álcool é permitido e visto de forma indiferenciada pelos familiares (Sanchez, Oliveira, & Nappo, 2004).

Outro importante fator associado ao consumo de álcool que vem sendo investigado na literatura é o status socioeconômico. No entanto, ainda não existe um consenso entre os resultados empíricos quanto à influência desse status sobre o consumo de beber. No estudo de Silva et al. (2006), a renda mensal foi relacionada ao consumo de álcool, em que universitários com renda familiar mensal superior a 40 salários-mínimos apresentavam maior consumo de álcool comparados aqueles de classe social inferior. Porém, Costa et. al (2004) encontrou que o maior consumo abusivo de álcool estava presente na população de baixa renda, caracterizados pela classe C segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Percebe-se assim que apesar da influência do status socioeconômico sobre o comportamento de beber já ser identificada na literatura, ainda não está claro se é o baixo ou alto status econômico que atua como fator de risco para esse comportamento.

1.4. Moralização do consumo de álcool

Dentro de uma perspectiva de saúde pública, o planejamento de programas para o tratamento e prevenção do consumo de substâncias deve contemplar grandes parcelas da população, de forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários (Ministério da saúde, 2004). Abou-Saleh (2006) ressalta que o tratamento para a dependência de substâncias deve ir além da remissão do uso da droga, requerendo serviços compreensivos que corresponda à severidade e complexidade das necessidades dos usuários de substâncias, como a melhora do funcionamento pessoal, familiar e

social do indivíduo. O diagnóstico e o tratamento precoce da dependência ao álcool têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, o que se agrava ao constatar-se que, de uma forma geral, há um despreparo significativo e uma desinformação das pessoas que lidam diretamente com esse problema, sejam elas usuários, familiares ou profissionais de saúde (Silveira, Martins & Ronzani, 2009; Oliveira & Ronzani, 2012).

Segundo Silveira (2010), 75,2% dos profissionais de saúde que trabalham em Hospital Geral ou Serviço de Saúde Mental apresentavam um modelo moral para o alcoolismo. O modelo moral diz respeito à crença de que a responsabilidade pelo aparecimento e pela solução do problema é atribuída ao próprio indivíduo e sob essa ótica, o alcoolismo é visto como uma fraqueza moral, mau hábito e falta de força de vontade (Martins, Silveira, Soares, Gomide, & Ronzani, 2010). Ainda, 39,8% dos profissionais concordavam que os alcoolistas eram pessoas perigosas e poderiam cometer algum ato violento contra outra pessoa e 12,1% atribuíram à causa do alcoolismo como uma fraqueza de caráter dos indivíduos, em acordo com o modelo moral (Silveira, 2010). Essas informações se agravam ao perceber que são esses profissionais que irão receber tais indivíduos ao buscarem um tratamento para sua condição e, portanto, faz-se necessário identificar as crenças destes profissionais a respeito dos alcoolistas, uma vez que estas são capazes de ativar motivações e condutas sociais.

No entanto, pode-se identificar a carência de informações a respeito do alcoolismo e a existência de crenças moralistas a respeito dos alcoolistas ainda durante a graduação. Em um estudo realizado por Martins et al., (2010) com universitários da área da saúde, 57,8% dos estudantes consideram as informações recebidas sobre o álcool durante o curso como insuficientes e 91,8% também identificaram o alcoolismo segundo o modelo moral. Neste estudo, percebeu-se que o alcoolismo é uma das condições de saúde mais moralizadas entre os estudantes, junto com o tabagismo, dependência de maconha e cocaína.

Identifica-se a existência de crenças moralistas a respeito dos alcoolistas ainda durante a graduação e estas se perpetuam na vida profissional quando estes são inseridos no mercado de trabalho. As crenças influenciam a percepção e os comportamentos frente a diversas situações de vida e por isso torna-se importante entender como se configura o processo educativo na graduação para compreender quais crenças são compartilhadas entre professores e alunos a fim de se pensar em mudanças que ultrapassem a formalidade das reformas curriculares (Ronzani, 2007). O despreparo

e a falta de conhecimento acerca da dependência do álcool faz com que os alcoolistas, além de enfrentar os sintomas e as complicações na saúde decorrentes de sua dependência, enfrentem também o estigma associado a essa condição (Luoma et al., 2007).

2. ESTIGMA

O termo *estigma* surgiu na Grécia em referência a sinais corporais que evidenciavam alguma característica negativa sobre o status moral do seu portador. Posteriormente, o termo vem sendo amplamente utilizado de maneira semelhante ao sentido original, porém, com uma aplicação muito mais direcionada às características vistas de forma negativas pela sociedade do que às evidências corporais (Goffman, 1978).

Segundo Goffman (1978), a sociedade estabelece meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados comuns e naturais para os membros de cada categoria e, a partir disso, determina pré-concepções e expectativas normativas em relação aos indivíduos. Dessa forma, ao perceber uma pessoa com alguma característica desviante da normalidade esperada por nós, passa-se a atribuí-la um status desvalorizado, desacreditado e deteriorado. Para o autor, os efeitos do estigma são facilmente identificados quando o estigmatizador e o estigmatizado se encontram em uma relação interpessoal em que é possível identificar as causas e efeitos do estigma. Nessas situações, a pessoa estigmatizada não consegue se engajar em relacionamentos pessoais saudáveis, uma vez que se mantém em situação de alerta, esperando o momento para se defender frente ao outro (Goffman, 1978).

Após o trabalho publicado por Goffman em 1978, uma quantidade substancial da produção sobre o estigma tem sido realizada por psicólogos sociais que através da abordagem social cognitiva buscam entender como as pessoas constroem categorias e relacionam tais categorias a crenças estereotipadas (Link & Phelan, 2001). O modelo atual de estigma está em acordo com a teoria cognitivo-comportamental e pode ser diferenciado em dois tipos principais: o estigma público e o estigma internalizado (Corrigan & Wassel, 2008).

2.1. *Estigma público*

O estigma público ocorre através da atribuição de uma “marca” ou rótulo a um conjunto de pessoas que as distinguem de outros grupos, sendo essas características vistas como indesejáveis pela sociedade, levando as demais pessoas a rejeitarem e evitarem contato com o grupo estigmatizado (Link & Phelan, 1999). Segundo Link e Phelan (2001), o estigma público ocorre a partir da interação de cinco componentes.

Primeiro, ocorre a distinção e a rotulação de indivíduos baseado em características pessoais, seguida pela associação de tais rótulos à estereótipos negativos. Após essa etapa, o indivíduo rotulado é colocado em categorias que separam o grupo estigmatizado dos estigmatizadores ocasionando uma perda do status e comportamentos de discriminação. Por último, a estigmatização deve ocorrer numa situação de poder que permita a separação das pessoas rotuladas em categorias distintas e sua rejeição, exclusão e discriminação. A **Figura 1** apresenta uma representação gráfica da articulação entre os componentes do estigma.



Figura 1 - Componentes do estigma público

Nota: Figura adaptada de Link & Phelan (2001)

Para a criação de categorias nas quais as pessoas serão inseridas, uma simplificação exagerada das suas características se faz necessária, uma vez que tais grupos serão formados por algumas características em comum, ignorando as demais. Os seres humanos fazem uma seleção das diferenças humanas que são relevantes socialmente enquanto várias outras diferenças são ignoradas (Link & Phelan, 2001). A atribuição de um rótulo cria expectativas quanto aos comportamentos compatíveis com tais rótulos e pode gerar duas consequências: a) comportamentos que não estão em acordo com o rótulo imposto tendem a passar despercebidos para se adequarem ao rótulo e b) expectativas ditadas pelo rótulo podem induzir a pessoa rotulada a se

comportar da maneira esperada, em consonância com o fenômeno da profecia auto-realizadora (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2005).

Pereira (2008) reforça a ideia de que as categorias são essenciais ao pensamento humano, uma vez que permitem que ele identifique através dos rótulos a qual categoria determinada pessoa participa e atribua a ela determinadas características que são esperadas daquele grupo a qual ela foi inserida. O rótulo é considerado uma variável chave para o desenvolvimento do estigma, visto que muitas condições podem se manifestar de modo oculto na sociedade, mas no momento em que essa condição passa a ser conhecida e rotulada é que a ela é atribuída um estigma (Corrigan & Kleinlein, 2005).

Não obstante, como visto na definição de Link e Phelan (2001), em seguida ao processo de rotulação, deve ser associado um estereótipo a este rótulo. Estereótipos sociais são crenças compartilhadas de forma coletiva sobre algum atributo, característica ou traço psicológico, moral ou físico sendo que, quando associados a sentimentos negativos, eles passam a constituir atitudes e preconceitos sociais (Krüger, 2004). Os pensamentos estereotipados servem a múltiplas propostas que refletem a diversidade de processos cognitivos e motivacionais, simplificando a informação obtida a fim de evocar respostas a situações ambientais ou justificar a razão para o acontecimento das mesmas (Ronzani & Furtado, 2010). Categorias e estereótipos são frequentemente automáticos e facilitam a eficiência cognitiva, visto que estas são dadas culturalmente e propiciam um meio de tomar decisões de forma rápida e que necessite de poucas informações (Link & Phelan, 2001).

Entretanto, os estereótipos podem ser corretos ou incorretos, assim como positivos ou negativos e muitas vezes podem levar a generalizações incorretas, apesar de facilitarem as reações humanas frente ao mundo (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2005). Porém, ao constituir um estigma, o estereótipo será sempre negativo (Ronzani & Furtado, 2010).

No processo de estigmatização, essa diferenciação entre pessoas de determinado grupo rotulado e as demais são tidas como naturais pelo grupo estigmatizador, uma vez que estes acreditam que pessoas que são rotuladas negativamente são diferentes daquelas que não compartilham do mesmo rótulo e justificam a perda de status e discriminação a partir do ponto de vista do estigmatizador (Link & Phelan, 2001). Ainda, o estigma é dependente do poder econômico, político e social, visto que grupos estigmatizados frequentemente também se engajam em processos de estigmatização

direcionados a indivíduos que não estão em seu grupo, mas, no entanto, não detém o poder necessário para incutir um estigma a esse grupo (Link & Phelan, 2001).

2.2. *Estigma internalizado*

Ao longo do desenvolvimento humano, os indivíduos absorvem crenças e estereótipos da sociedade em relação a determinadas condições de saúde, como por exemplo, os transtornos mentais, e muitas vezes são levados a compartilhar tais crenças (Link, 1987; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen & Phelan, 2001). Link (1987) aponta que uma vez recebido o diagnóstico oficial acerca de um transtorno mental, o indivíduo que antes compartilhava as crenças de desvalorização e discriminação a respeito desse grupo, agora se vê inserido no mesmo e transforma tais crenças em expectativas de rejeição. Dessa forma, os mecanismos psicológicos podem atuar de duas formas: os pacientes diagnosticados com algum transtorno mental podem passar a se desvalorizar por pertencer a uma categoria vista de forma negativa pela sociedade ou, podem se engajar em interações sociais tensas, isolamento, entre outros, por esperar uma resposta negativa da sociedade perante ele (Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007).

Os indivíduos com algum sofrimento mental encontram dois desafios: primeiro, os sintomas psiquiátricos decorrentes de sua condição de saúde, que resultam em diversas perdas de oportunidades e, segundo, o estigma associado a essa condição (Corrigan & Wassel, 2008). Várias consequências podem advir do estigma público, tais como a limitação de oportunidade aos grupos estigmatizados, o impacto sobre seus familiares, a manutenção de medos pessoais a respeito de pessoas com transtornos mentais e a internalização do estigma (Corrigan & Kleinlein, 2005).

O estigma internalizado ou autoestigma diz respeito à internalização do estigma público e o consequente prejuízo do indivíduo estigmatizado (Corrigan & Wassel, 2008). No entanto, para a caracterização do estigma internalizado, quatro componentes são necessários (ver **Figura 2**): a consciência de que existe uma associação entre sua condição e determinados estereótipos negativos; a concordância com tais estereótipos; a auto-aplicação desses estereótipos e a consequente diminuição da autoestima e da auto-eficácia (Corrigan & Wassel, 2008).

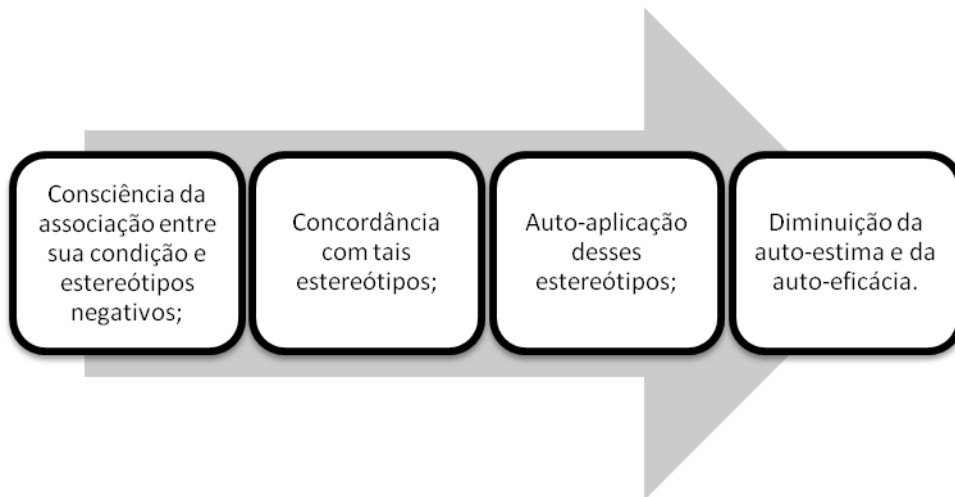


Figura 2 – Processo de internalização do estigma

Nota: Adaptado de Geib e Corrigan (2008)

Os efeitos da internalização do estigma podem trazer consequências negativas irreparáveis ao indivíduo, restringindo oportunidades de vida, dificultando o acesso aos serviços de saúde, limitando sua interação social, reforçando sua exclusão e diminuindo sua percepção de apoio social (Li et al., 2009). Entretanto, diferentes indivíduos podem reagir de formas variadas ao processo de estigmatização, tornando-se necessária a distinção de três grupos: aqueles que internalizam as crenças estigmatizantes da sociedade e sofrem as consequências dessa internalização; aqueles que reagem a essas crenças com indignação, tornando-se mais ativos no tratamento de sua condição e buscando melhoria nestes e, aqueles que não reagem ao estigma, ignorando seus efeitos (Corrigan & Watson, 2002).

Corrigan e Watson (2002) explicam que essa diferenciação pode ocorrer devido a outras variáveis que influenciam no processo de internalização do estigma, como por exemplo, o julgamento realizado pelo indivíduo a respeito do quanto concordam com as crenças estigmatizantes da sociedade. O modelo apresentado na **Figura 3** pode contribuir para o entendimento da diferença nos resultados quanto aos efeitos do estigma.

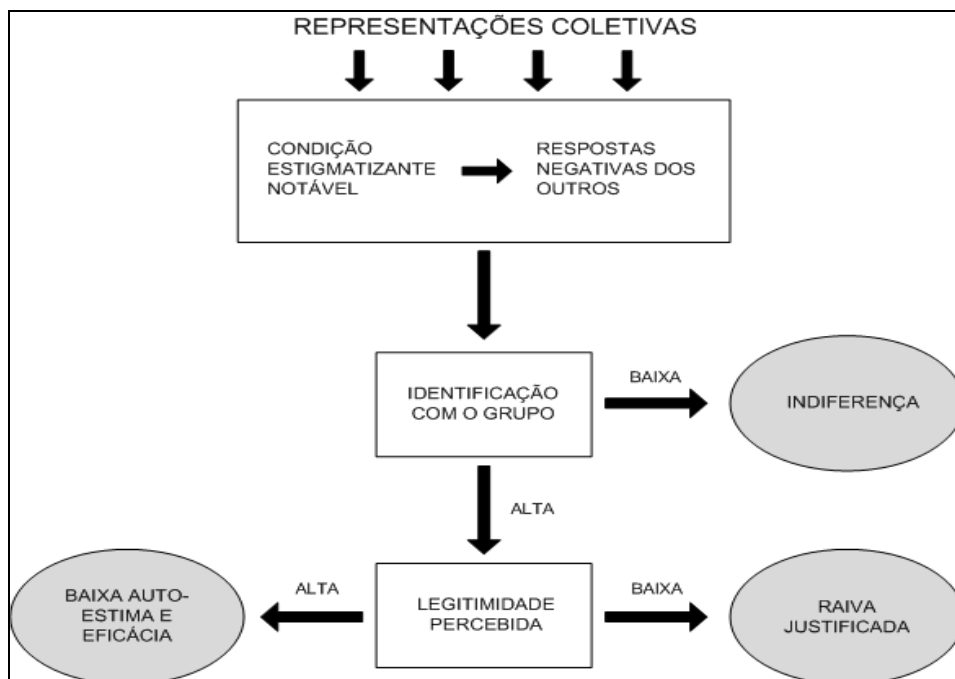


Figura 3 – Diferentes reações ao processo de estigmatização

Nota: Corrigan e Watson (2002)

Muitas pessoas com transtorno mental frequentemente não possuem uma condição visível que pode ser reconhecida publicamente, e, talvez por isso, a maior fonte do estigma ocorre quando é dado o diagnóstico formal dessa condição (Rüsch, et al., 2009). Devido a esse fato, diversas pessoas com condições de saúde estigmatizadas que poderiam se beneficiar de tratamentos psiquiátricos e psicossociais acabam não procurando tais tratamentos ou encerrando-os de forma antecipada (Corrigan, 2004; Corrigan & Kleinlein, 2005; Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005) devido principalmente à estigmatização de sua condição, que atuaria como uma barreira para a busca de tratamento adequado, visto que estes evitam a procura dos serviços de saúde por conhecerem os preconceitos direcionados às pessoas com transtorno mental e não desejarem ser vistos como parte desse grupo após o diagnóstico oficial.

Vogel, Wade e Haake (2006) encontraram que pessoas que tinham maiores níveis de estigma internalizado procuravam menos os serviços de aconselhamento psicológico em detrimento daquelas com menor auto-estigma. Além disso, níveis elevados de estigma internalizado foram associados a maiores níveis de depressão e menor status social (Werner, Stein-Shvachman & Heinik, 2009; Yen et al., 2005), destacando a importância de uma ajuda profissional para pacientes estigmatizados, e, no entanto, com uma menor disposição destes para a busca por cuidados de saúde.

Por outro lado, uma maior identificação com um grupo de pessoas na mesma condição estigmatizada pode encorajar pessoas com algum transtorno mental a buscarem ajuda e aumentar o seu empoderamento (Rüsch, et al., 2009), uma vez que a literatura aponta uma relação entre maiores índices de resistência ao estigma e maior autoestima, rede social satisfatória e empoderamento (Sibitz, Unger, Woppmann, Zidek, & Amering, 2009). Em uma revisão da literatura realizada por Livingston e Boyd (2010) a respeito das variáveis que estavam associadas ao estigma internalizado, encontrou-se uma associação dessa variável à baixa esperança, baixa autoestima, baixa autoeficácia, menor qualidade de vida e baixo apoio e interação social.

O suporte social tem sido apontado como um importante fator de resistência ao estigma, sendo que no estudo de Vyavaharkar et al., (2010) esta variável foi negativamente relacionada a sintomas depressivos e ao estigma internalizado, sugerindo que o estigma possivelmente atuaria como mediador entre suporte social e sintomas depressivos, assim como o suporte social atuaria como minimizador da percepção do estigma uma vez que ao perceberem tal estigma, o indivíduo teria a quem recorrer e com quem contar. Um suporte social satisfatório composto por um número apropriado de pessoas a quem os indivíduos relatam poder contar parece contribuir para a diminuição dos efeitos negativos do estigma internalizado (Vyavaharkar et al., 2010). No entanto, no caminho contrário, a expectativa de rejeição gerada pelo estigma internalizado promove uma hesitação na busca por consolidar relacionamentos sociais estáveis e satisfatórios promovendo o isolamento e falta de apoio social. Ou seja, ao internalizar o estigma, os indivíduos tendem a evitar o contato social, que caso ocorresse, poderia atuar como um importante fator de proteção para a diminuição do estigma (Lysaker, Davis, Warman, Strasburger & Beattie, 2007), constituindo assim um ciclo vicioso que precisa ser estudado com cautela, para que estratégias de rompimento do mesmo possam ser pensadas.

2.3. *Estigma internalizado e consumo de substâncias*

A sociedade lida de forma ambígua em relação ao consumo de substâncias, em especial ao consumo de álcool, em que por um lado, ocorre uma glamorização e incentivo desse consumo e, por outro, quando este se torna um problema de saúde, passa a ter uma conotação negativa associada à imagem de fraqueza moral e à exclusão social (Ronzani & Furtado, 2010).

Neste sentido, a dependência de substâncias é uma condição fortemente estigmatizada pela população geral (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999; Schomerus, et al., 2011; Sears, Pomerantz, Segrist, & Rose, 2011) e consequentemente conduz os usuários de substâncias a perceberem as reações negativas da população em relação à sua condição (Fortney, et al., 2004). Em virtude disso, além dos aspectos físicos do consumo de substâncias, outros aspectos também devem ter um papel de destaque na compreensão desse comportamento, tais como a moralização ou estigmatização dos usuários que pode influenciar de forma significativa as consequências e o resultado do tratamento dessa condição de saúde (Fortney, et al., 2004; Schomerus, et al., 2011).

Poucos estudos investigam a percepção popular da dependência do álcool, embora ela seja um dos transtornos que mais afeta a saúde pública global e que gera custos pessoais, familiares e sociais (Peluso & Blay, 2008). Em um estudo de Link et al. (1999), identificou-se que a dependência ao álcool e de cocaína estava associada à crença de que pessoas que fazem uso dessas substâncias são mais violentas e despertam maior desejo por distância social. Entretanto, uma das formas apontadas como estratégia de diminuição do estigma é o contato com grupos estigmatizados (Corrigan & Wassel, 2008), que se tornaria limitada ao constatar-se que o público em geral deseja um maior distanciamento desses grupos e por consequência, mantém pouco ou nenhum contato com os mesmos.

Corrigan et al. (2005) e Schomerus et al. (2011) apontam que pessoas que fazem uso abusivo de álcool são mais fortemente estigmatizadas pela população do que outras condições de saúde, e são consideradas, muitas vezes, responsáveis pela sua condição, o que diminui a disponibilidade de receberem ajuda. Ao investigar a percepção de estigma em usuários de drogas ilícitas, 85% dos respondentes acreditavam que o público em geral não confiava em usuários de drogas, 84,5% acreditavam que as pessoas pensam que usuários de drogas são perigosos e como consequência, 74% dos respondentes relataram que evitam o contato social por medo de parecerem inferiores aos olhos dos outros (Ahern, Stuber, & Galea, 2007).

Peluso e Blay (2008) encontraram que apenas 18,8% da população geral acreditam que o alcoolismo é uma doença mental e atribuíam a causa desta condição aos seguintes fatores: desemprego (91,2%), isolamento (86,8%), problemas familiares (88,8%), falta de autoestima (86,6%) e fraqueza de caráter (82%). Ainda nesse estudo, 81% dos entrevistados acreditavam que pessoas alcoolistas poderiam cometer um ato

violento. Na mesma direção, Schomerus et al., (2011), encontraram os seguintes estereótipos atribuídos a indivíduos dependentes de álcool: violentos, preguiçosos, culpados pelo surgimento de seus problemas, imprevisíveis, entre outros.

Fortney et al. (2004) encontraram que pessoas com uso abusivo de álcool percebem uma falta de privacidade nos serviços de tratamento para sua condição, ou seja, sentem que seu diagnóstico não é mantido em segredo, bem como independente do tipo de tratamento, a busca por ajuda é estigmatizada. Além disso, ao investigar se a percepção do estigma diminui ao longo de um tratamento a partir da diminuição ou remissão dos sintomas associados ao uso de substâncias, Link et al., (1997) constataram que não houve diminuição do estigma percebido apesar da diminuição dos sintomas, caracterizando o estigma como uma variável com efeitos duradouros e não transitórios com especial relevância para a saúde das pessoas.

Não obstante, além de enfrentar o estigma público, os alcoolistas podem internalizar tais crenças negativas a respeito de si mesmo, podendo originar sentimentos de desvalorização devido a sua condição e a internalização do estigma (Link & Phelan, 2001; Corrigan, 2004; Fortney et al., 2004). Ao receber um diagnóstico de alcoolista, a percepção social sobre esse problema influencia o peso pela qual o paciente vai carregar tal diagnóstico (Neves, 2004). Nesse sentido, muitas vezes a condição de estigmatização se torna muito mais danosa ao indivíduo do que a própria doença em si (Ronzani & Furtado, 2010). Ao perceberem que pertencem a uma categoria socialmente desvalorizada, estes podem antecipar a desvalorização e a discriminação, sem que elas ocorram efetivamente, realçando o sentimento de vergonha e levando-as a rever suas conceituações a seu respeito. Assim, a internalização do estigma conduz à diminuição da autoestima, prejudicando as relações sociais e consequentemente reforçando seu isolamento social, a hesitação para a busca de ajuda profissional e tratamento adequado para sua condição (Corrigan, 2004; Verhaeghe, Bracke & Bruynooghe, 2008).

Muitos dos tratamentos existentes para o alcoolismo atualmente limitam-se a remissão dos sintomas físicos da dependência e na manutenção da abstinência, sem de fato, preocuparem-se com a qualidade de vida destes usuários (Abou-Saleh, 2006). Como encontrado no estudo de Link et al. (1997), o tratamento convencional não diminui a internalização do estigma e por sua vez, não diminui os prejuízos causados por ela. Dada a importância da presença do estigma em direção aos dependentes de substâncias, uma meta importante para profissionais e pesquisadores da área é

determinar meios de reduzir o estigma. Para isso, faz-se necessário entender os fatores que influenciam o estigma e as variáveis que estão associadas a esse processo.

2.4. *Estigma e variáveis associadas*

Como argumentado anteriormente, ainda não existe um consenso a respeito das variáveis que são preditoras da internalização do estigma. No entanto, o aumento de estudos interessados nessa temática, tem apontado variáveis significativas neste processo (Penn, Kohlmaier, & Corrigan, 2000; Corrigan & Kleinlein, 2005; Schomerus et al., 2011; Soares, 2011).

Soares (2011), ao investigar o estigma internalizado em uma população de dependentes de substâncias encontrou correlação positiva desta variável com uma medida de humor depressivo. Além disso, também foram encontradas correlações negativas com medidas de esperança e autoestima, sugerindo que o estigma internalizado atuaria como fator central para algumas condições psicológicas destes indivíduos.

Penn, Kohlmaier e Corrigan (2000) investigaram os fatores interpessoais relacionados à estigmatização e, como resultado, encontraram que pessoas com esquizofrenia e duplo diagnóstico (dependências de substâncias e esquizofrenia) que apresentaram maiores déficits em habilidades sociais foram associados a maior desejo de distância social pelos avaliadores. Em especial, aqueles pacientes que apresentaram menor repertório de habilidades sociais gerais e eliciaram maior sensação de estranheza no contato social despertaram maior desejo por distância social.

Corrigan e Kleinlein (2005) encontraram que o público em geral associa os indivíduos com transtornos mentais à sintomas psiquiátricos, déficits em habilidades sociais e rótulos negativos, o que pode ser justificado uma vez que a estigmatização pode aumentar a dificuldade em situações interpessoais e dessa forma, limitar as oportunidades de desenvolver e praticar suas habilidades sociais.

O processo de estigmatização tem uma importante influência sobre as características psicossociais de grupos estigmatizados, tais como humor depressivo, baixa autoestima (Soares, 2011), déficits em habilidades sociais (Penn, Kohlmaier, & Corrigan, 2000; Corrigan & Kleinlein, 2005), menor qualidade de vida e apoio social (Livingston & Boyd, 2010), entre outras. Entretanto, identificar as características associadas ao estigma internalizado em uma população específica de dependentes de

álcool faz-se importante, visto que os estudos acerca dessa população ainda são escassos e pouco se conhece a respeito das similaridades e especificidades do impacto do estigma nessa população.

Já existem na literatura algumas iniciativas nessa direção, como a identificação de um relacionamento negativo entre o estigma internalizado e o suporte e contato social (Brohan, Elgie, Sartorius & Thornicroft, 2010; Lysaker, et al., 2007; Mak, et al., 2007). Um maior contato social estaria relacionado a uma diminuição do estigma internalizado, uma vez que essa maior interação social possibilitaria uma redução dos sentimentos de alienação e de comportamentos de retirada e isolamento social, notadamente características do estigma internalizado. Somando-se a isso, o envolvimento de outras pessoas no cuidado e enfrentamento de condições de saúde graves, como o alcoolismo, favoreceria a adaptação e o ajustamento do paciente a essa condição (Abreu-Rodrigues & Seidl, 2008), tornando essa experiência menos dolorosa para o alcoolista. Entretanto, apesar de estudos apontarem para essa associação negativa (Lysaker et al., 2007; Mak et al., 2007), esta pode ser moderada por uma terceira variável, qual seja, um adequado repertório de habilidades sociais para iniciar e manter relacionamentos interpessoais saudáveis (Dierk, et al., 2006) e assim, aumentar sua rede de interação social. Por outro lado, a estigmatização pode dificultar o envolvimento social e conseqüentemente limitar a oportunidade de desenvolver e praticar suas habilidades sociais, sendo estas necessárias para a construção e manutenção de uma rede de apoio social satisfatória (Dierk, et al., 2006).

Ainda, o desenvolvimento de um adequado repertório de habilidades sociais tem ganhado destaque também no tratamento do alcoolismo (Alwyn, John, Hodgson & Phillips, 2004; Guzman, et al., 2006; Rohsenow et al., 2001). Estudos apontam para a presença de déficits no repertório desta população (Cunha, Carvalho, Kolling, Silva, & Kristensen, 2007; Scaturro & LeSure, 1985; Zielinski, 1979) e o conseqüente agravamento da condição de dependência. Portanto, o próximo capítulo será destinado à conceituação desse constructo e suas possíveis relações com a dependência de álcool.

3. HABILIDADES SOCIAIS

A vivência em grupo exige que o indivíduo se adapte constantemente ao contexto e demandas de determinada situação, tornando necessário o desenvolvimento de habilidades cada vez mais flexíveis e elaboradas que permitam sua socialização (Caballo, 2010; Del Prette & Del Prette, 2005).

O termo habilidades sociais muitas vezes é visto de forma superficial como sinônimo de boa educação e civilidade, rejeitando a ideia de que este conceito constitui um campo de conhecimento científico e de aplicação. O seu campo teórico-prático ainda se encontra carente de uma teoria geral ou de um sistema conceitual que integre os diversos modelos existentes para avaliar e intervir na promoção destas habilidades (Del Prette & Del Prette, 2005). No Brasil, o primeiro artigo conceitual sobre Habilidades Sociais foi produzido em 1996 por Almir e Zilda Del Prette (Del Prette & Del Prette, 1996), autores que se consolidaram como referência nacional sobre o tema. Segundo esses autores, o conceito de habilidades sociais caracteriza-se como uma categoria ampla das relações interpessoais, em que se pode considerar como pertinente a esse campo todo e qualquer desempenho emitido em interações sociais, as quais possuem uma função conceitual e uma descritiva. A função descritiva refere-se aos comportamentos que ocorrem em situações interpessoais e a função conceitual refere-se ao conjunto de suposições e teorizações que pretende explicar o fenômeno da relação interpessoal (Del Prette & Del Prette, 1996). Mais recentemente, os mesmos autores atualizaram o conceito de habilidades sociais, restringindo esse conceito às “*classes de comportamentos sociais que somente podem ser classificadas como tais na medida em que contribuem para a competência social.*” (Del Prette & Del Prette, 2011, pp. 20). Em função das diferenças conceituais existentes acerca da definição do termo habilidades sociais, neste trabalho foi utilizada a definição de Del Prette e Del Prette (2011) supracitada.

Percebe-se que a denominação de repertório de habilidades sociais esta intimamente relacionada ao conceito de competência social, o que muitas vezes leva a confusões conceituais em relação a essas duas variáveis. O termo habilidades sociais difere-se do conceito de competência social, uma vez que este tem um sentido avaliativo do desempenho social, ou seja, enquanto habilidades sociais é um constructo descritivo, competência social é um constructo avaliativo sobre a eficácia de articular pensamentos, sentimentos e ações em função de objetivos e valores, de modo que estes estejam

articulados com as demandas do ambiente (Del Prette & Del Prette, 2010). Essa definição permite dizer que determinado sujeito pode ter algumas habilidades necessárias para executar uma tarefa e mesmo assim, não conseguir realizá-la de forma competente (Caballo, 2010).

No entanto, definir quais são as habilidades sociais relevantes para o desenvolvimento do indivíduo torna-se uma difícil tarefa, uma vez que existe uma diversidade de conceitos na literatura que dificulta a obtenção de um sistema único e consensual. Dada à dependência do contexto em que as habilidades sociais são emitidas, uma resposta competente pode ser vista como aquela que as pessoas consideram apropriadas para um indivíduo em uma situação específica, gerando mais reforço positivo que castigo. Entretanto, uma conceituação adequada de um comportamento socialmente hábil deve levar em consideração três componentes: a dimensão comportamental, as variáveis cognitivas e a dimensão situacional (Caballo, 2010).

A dimensão comportamental diz respeito aos comportamentos que são efetivados durante uma interação social, tais como falar em público, reforçar o outro ao manter uma conversa, fazer e aceitar elogios, entre outros. Nos componentes referentes às variáveis cognitivas está presente a forma como o indivíduo percebe, constrói e avalia as situações, estímulos e acontecimentos, ou seja, uma percepção de que um ambiente é familiar, por exemplo, levaria o sujeito a ter maior flexibilidade para se comunicar com outros, uma vez que ele já conhece as categorias de respostas aceitáveis. Por último, a dimensão situacional refere-se a influência do contexto na qual determinada situação se insere. Nesta dimensão faz-se importante perceber também os fatores culturais e normas sociais presentes, em que o indivíduo precisa perceber quando, onde e de que forma acontecem os diferentes comportamentos (Caballo, 2010).

Outra confusão conceitual recorrente diz respeito aos termos habilidades sociais e assertividade, uma vez que estes surgiram em épocas contemporâneas e com uma preocupação semelhante com o relacionamento social (Del Prette & Del Prette, 2011). No entanto, o termo habilidades sociais refere-se a um universo mais abrangente das relações interpessoais que se estendem para além da assertividade, incluindo habilidades de comunicação, de resolução de problemas, de cooperação, além daquelas pertinentes ao ambiente cultural do indivíduo, portanto, pode-se dizer que a assertividade caracteriza-se como uma subclasse de habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 1999).

Por outro lado, o conceito de assertividade está baseado na noção de igualdade de direitos e deveres, assim como sua reivindicação, além do respeito e dignidade da pessoa humana (Del Prette & Del Prette, 2005). Nessa linha de raciocínio, a assertividade estaria em um continuum entre o comportamento não-assertivo e agressivo, podendo ser considerada uma classe de habilidades sociais de enfrentamento em situações que envolvem risco de reação indesejável do interlocutor, com controle da ansiedade e expressão apropriada de sentimentos, desejos e opiniões (Del Prette & Del Prette, 2005).

O comportamento humano é moldado por suas expectativas em relação à emissão de determinado comportamento de forma que ao esperar, por exemplo, receber uma atenção positiva ao contar um caso, provavelmente o indivíduo se sentirá motivado a contá-lo, porém, caso sua expectativa seja de não receber atenção alguma ao contá-lo, ele poderá simplesmente optar por se calar (Del Prette & Del Prette, 1999). Assim, a expectativa diante dos eventos cotidianos pode influenciar significativamente o desenvolvimento e a emissão de habilidades sociais do sujeito.

A qualidade das relações interpessoais torna-se um importante indicador da saúde psicológica do indivíduo, estando associada a comportamentos adaptativos, melhor qualidade de vida e ao ajustamento psicológico em geral (Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette & Del Prette, 2006). Ao contrário, relações interpessoais insatisfatórias derivadas de déficits em habilidades sociais têm sido vistas como um fator de risco associado a comportamentos inadequados (Del Prette & Del Prette, 2006). Por esse motivo, apesar da origem do campo das habilidades sociais estar associada à Psicologia Clínica e à Psicologia do Trabalho, e ainda que o desenvolvimento de estudos e aplicações se remeta ao atendimento clínico, percebe-se a importância de estudos que expanda esse universo população-alvo para que outros grupos também sejam beneficiados (Del Prette & Del Prette, 1997).

O processo de desenvolvimento das habilidades sociais se inicia ainda na infância, com especial destaque à forma como os pais interagem com seus filhos na formação de padrões de comportamento socialmente adequados (Del Prette & Del Prette, 2005). À medida que os pais expressam sentimentos positivos e negativos em relação ao comportamento dos filhos estão ajudando-os a discriminar entre comportamentos aceitos pela sociedade daqueles inadequados (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002). Com o decorrer do desenvolvimento do indivíduo, novas habilidades são requeridas a cada etapa, exigindo que este percorra um processo de aprendizagem

destas habilidades permanentemente ao longo do seu ciclo vital (Carneiro & Falcone, 2004).

Diversas variáveis estão envolvidas no processo de desenvolvimento dessas habilidades ao longo da vida, tais como cultura, sexo, idade, nível socioeconômico, escolaridade, entre outros (Villa, Del Prette, & Del Prette, 2007). Também é dado ao ambiente familiar um papel de destaque no desenvolvimento destas, em que um ambiente acolhedor prevê um padrão adequado de comunicação e melhor interação social (Boas & Bolsoni-Silva, 2010; Cia, Pereira, Del Prette & Del Prette, 2006).

No entanto, quando o ambiente e as relações sociais são desfavoráveis ao aprendizado de um repertório adequado de habilidades sociais, estes podem impedir ou limitar o aprendizado das mesmas, ocasionando déficits em seu repertório e prejudicando suas relações sociais e qualidade de vida (Del Prette & Del Prette, 2011). Para tanto, foi desenvolvido o Treinamento de Habilidades Sociais (THS), referente à aplicação do conhecimento em habilidades sociais a fim de ampliar a frequência e melhorar a capacidade de utilizar tais habilidades já aprendidas, ensinar habilidades sociais novas e extinguir ou diminuir os comportamentos negativos que concorrem com tais habilidades (Del Prette & Del Prette, 2011).

O THS, a partir do modelo terapêutico, apresenta-se em um formato que inclui algumas etapas complementares. A primeira etapa diz respeito à avaliação inicial do repertório de habilidades sociais do indivíduo, atentando-se para a presença de déficits nesse repertório, antecedentes e consequentes de tais comportamentos a fim de identificar o que está contribuindo para a não emissão dos comportamentos adequados (Del Prette & Del Prette, 1999). Em seguida faz-se necessária uma apresentação dos objetivos da intervenção aos participantes para então desenvolver procedimentos e técnicas que objetivem contemplar as necessidades comuns a todos os membros do grupo, assim como as específicas a cada indivíduo (Del Prette & Del Prette, 2011).

Apesar de grande parte da produção nacional sobre habilidades sociais ser voltada para crianças e adolescentes (Boas & Bolsoni-Silva, 2010; Bolsoni-Silva, Marturano & Freiria, 2009; Cia & Barham, 2009), alguns estudos tem focado também sobre faixas etárias mais avançadas (Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette, & Del Prette, 2006; Carneiro & Falcone, 2004). Em um estudo com pessoas na terceira idade (Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette & Del Prette, 2006), os autores encontraram que estes apresentaram um maior repertório de habilidades sociais em situações que envolvem a autoafirmação na expressão de sentimentos positivos e autocontrole da

agressividade. No entanto, esta mesma amostra apresentou um menor repertório de habilidades sociais nas situações de enfrentamento e autoafirmação com risco e nas de auto-exposição a desconhecidos e situações novas. Também foi encontrado que idosos que participavam ativamente em atividades sociais e/ou familiares apresentavam um maior repertório de habilidades sociais comparados àqueles que residiam em asilos, possivelmente devido à restrição das interações sociais proporcionadas pela institucionalização dessa população.

Ainda, os déficits em habilidades sociais têm sido associados a diversos problemas, tais como comportamentos violentos (Del Prette & Del Prette, 2003), dificuldades de aprendizagem (Del Prette & Del Prette, 2006), insatisfação conjugal e divórcio (Sardinha, Falcone, & Ferreira, 2009) e consumo de substâncias (Aliane, Lourenço & Ronzani, 2006; Cunha, Carvalho, Kolling, Silva, & Kristensen, 2007; Scaturro & LeSure, 1985). A fragilidade de uma condição de saúde reduz as iniciativas de trocas com seus contatos afetivos, fazendo também que aqueles com quem a pessoa se relacionava conseqüentemente diminuam sua interação. Sendo assim, é possível prever que a presença de condições de saúde duradouras reduz sua rede social (Andrade & Vaitsman, 2002).

Algumas contribuições atuais à área dos transtornos associados ao uso de substâncias estão sendo desenvolvidas através de pesquisas que buscam verificar a relação entre dependência de substâncias e a existência de déficits nas habilidades sociais de tais indivíduos, considerando que muitos indivíduos buscam no uso de substâncias uma forma de se tornarem mais sociáveis e com melhor capacidade de interação com seus pares (Aliane, Lourenço & Ronzani, 2006). Por outro lado, se conseguissem ser socialmente habilidosos, poderiam promover interações sociais satisfatórias com aumento dos reforçadores, o que poderia auxiliar na prevenção ou redução de dificuldades psicológicas que levariam ao consumo de substâncias (Wagner & Oliveira, 2007). No entanto, as evidências presentes na literatura acerca dessa relação ainda são escassas e necessitam de mais estudos que fortaleçam tais afirmações.

Muitos dos tratamentos existentes para o alcoolismo atualmente, limitam-se na remissão dos sintomas físicos da dependência e na manutenção da abstinência, sem de fato, preocuparem-se com a qualidade de vida destes usuários e com a identificação de características que poderiam estar relacionadas a esse consumo. No entanto, existem evidências de que essa população sofre com conseqüências para além de sua dependência, como a estigmatização direcionada a essa condição discutida no capítulo

anterior (Link et. al.,1997; Oliveira & Ronzani, 2012), levando a necessidade de buscar meios de acrescentar aos tratamentos tradicionais, formas de diminuição do autoestigma e maximização da qualidade de vida. Uma vez que a utilização do THS no tratamento do alcoolismo tem sido cada vez mais crescente e com evidências de eficácia (Burtscheidt, Wolwer, Schwarz, Strauss & Gaebel, 2002; Guzman et al., 2006), questiona-se se o desenvolvimento de um repertório adequado de habilidades sociais poderia ter um efeito indireto sob a capacidade de resistir a internalização do estigma (Penn, Kohlmaier, & Corrigan, 2000). O mecanismo pela qual se espera que o repertório de habilidades sociais esteja associado ao estigma internalizado é apresentado na **figura 4**.

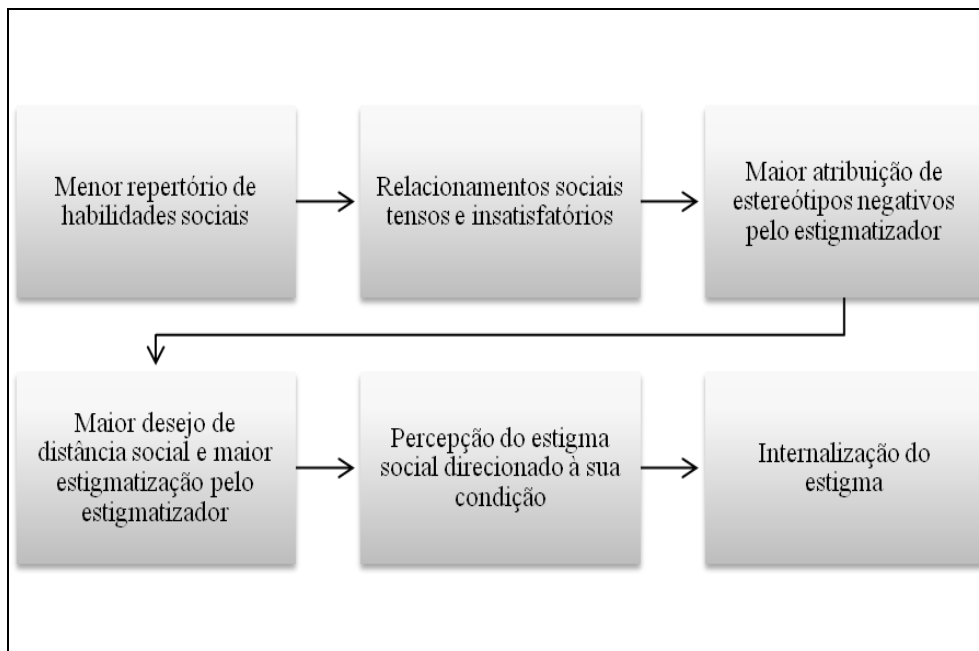


Figura 4 - Relação entre o repertório de habilidades sociais e a internalização do estigma

Diante do exposto, foram delineados três objetivos principais para o presente estudo, as quais foram divididos em três estudos complementares: o primeiro objetivou revisar a literatura científica em busca de evidências quanto à presença de déficits no repertório de habilidades sociais em dependentes de álcool e evidências de eficácia do Treinamento de Habilidades Sociais para o tratamento dessa condição. Os resultados dessa etapa foram submetidos à *Revista Psicologia em Estudo* sob a forma de artigo de revisão sistemática. O segundo objetivo foi caracterizar o repertório de habilidades sociais de dependentes de álcool e compará-lo ao repertório de habilidades sociais de

não dependentes dessa substância e, por último, o terceiro objetivo buscou descrever o estigma internalizado entre alcoolistas em busca de tratamento, bem como investigar as possíveis relações entre essa variável e o repertório de habilidades sociais do indivíduo.

Como hipóteses para o segundo e o terceiro objetivo têm-se:

- (a) Indivíduos alcoolistas terão um repertório de habilidades sociais inferior ao repertório de habilidades sociais de uma população de não alcoolistas com o mesmo perfil sociodemográfico;
- (b) Maior repertório de habilidades sociais estará relacionado a menores índices de estigma internalizado;

4. OBJETIVOS

4.1. Estudo 1

Revisar a literatura científica em busca de evidências empíricas quanto à presença de déficits no repertório de habilidades sociais em dependentes de álcool e evidências empíricas da eficácia do Treinamento de Habilidades Sociais para o tratamento dessa condição de saúde.

4.2. Estudo 2

Caracterizar o repertório de habilidades sociais de dependentes de álcool e compará-lo ao repertório de habilidades sociais de não dependentes dessa substância.

4.3. Estudo 3

Descrever a presença de estigma internalizado entre dependentes de álcool em busca de tratamento, bem como investigar as possíveis relações entre essa variável e o repertório de habilidades sociais.

5. Estudo 1 - Habilidades Sociais e alcoolismo: uma revisão sistemática da literatura

Artigo enviado para publicação para a *Revista Psicologia em Estudo*, em fevereiro de 2012. Autores: *Flaviane Bevilaqua Felicissimo, Ana Luísa Marlière Casela, Telmo Mota Ronzani*.

5.1. Introdução

O déficit em habilidades sociais tem sido apontado como um importante fator de risco associado a diversos problemas (Del Prette & Del Prette, 2006), tais como comportamentos violentos (Del Prette & Del Prette, 2003), dificuldades de aprendizagem (Del Prette & Del Prette, 2006), insatisfação conjugal e divórcio (Sardinha, et al., 2009) e consumo de substâncias (Aliane, Lourenço & Ronzani, 2006; Cunha, Carvalho, Kolling, Silva, & Kristensen, 2007).

Dentre os comportamentos associados a esse déficit destaca-se o consumo de substâncias psicoativas, visto que muitos indivíduos que experimentam substâncias com potencial para gerar dependência, não o tornam, sugerindo a existência de diferenças individuais frente à interação com tais substâncias (Aliane et al., 2006). Frequentemente, os consumidores de álcool apresentam dificuldades em estabelecer relações sociais de acordo com o que se espera deles, gerando respostas sociais aprendidas de forma parcial e inadequada (Caballo, 2010). Um ciclo vicioso se forma nesse contexto, em que o indivíduo que bebe com frequência seleciona amigos entre as pessoas que bebem muito, diminuindo a probabilidade de aprender um comportamento social adequado sem recorrer ao álcool, podendo produzir problemas que interferem no funcionamento social e de trabalho do sujeito (Caballo, 2010).

Wagner, Silva, Zanettelo e Oliveira (2010) baseados nessa premissa, encontraram diferenças no repertório de habilidades sociais entre usuários e não-usuários de maconha, e sugeriram que esta diferença pode ser devido a uma maior inabilidade para lidar com sentimentos e reações gerados nas situações sociais que contribui para a busca da substância para enfrentar tais dificuldades. Assim, devido à indisponibilidade de meios que não envolvam o consumo de substâncias para lidar com determinada situação, os indivíduos recorreriam ao seu consumo como forma de amenizar aquela situação estressante (Maisto, Connors, & Zywiak, 2000). Este

resultado está em acordo à proposição de Caballo (2010) de que usuários de substâncias psicoativas com frequência recorrem às mesmas para enfrentar situações interpessoais como meio de compensar sua inabilidade social (Wagner, Silva, Zanettelo, & Oliveira, 2010).

Ainda, pode ocorrer uma dificuldade do indivíduo em recusar de forma efetiva o consumo de substâncias, devido à ausência de habilidades específicas para o enfrentamento dessa situação, como por exemplo, habilidades assertivas (Scaturo & LeSure, 1985). Marllat e Donovan, (2005) apontam a existência de uma classe de habilidades específicas chamadas “habilidades de enfrentamento”, que se referem às habilidades utilizadas por indivíduos para enfrentar situações de alto risco para o consumo de substâncias, tais como habilidades de resolução de problemas, gerenciamento de emoções, manejo do estresse, assertividade, entre outras. Percebe-se que algumas habilidades de enfrentamento se sobrepõem às habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2005), e, portanto, podem levar alguns estudiosos da área a considerarem tais conceitos como sinônimos.

No meio científico, umas das hipóteses levantadas é que o déficit em habilidades sociais atuaria como fator de risco ao abuso de substâncias, limitando o desenvolvimento de um repertório de habilidades sociais adequado para se comportar de forma satisfatória (Aliane, Lourenço, & Ronzani, 2006). Cunha et al. (2007) encontraram déficits em habilidades sociais em uma amostra de dependentes de álcool, com maior evidência desses déficits nos fatores de auto-afirmação de sentimento positivo e de conversação e desenvoltura social, sugerindo que o álcool atuaria como uma estratégia de enfrentamento em situações ansiogênicas, visto que os participantes desse estudo concordavam que o álcool facilitava suas interações sociais, deixava-os mais confiantes, desinibidos e favoreciam suas relações interpessoais (Cunha et al., 2007). Alexandre, Del Rio e Pol (2004) realizaram um estudo com 314 indivíduos entre 18 e 30 anos e concluíram que os déficits em habilidades sociais e individuais influenciavam o consumo de álcool e maconha. Ademais, através da revisão de literatura feita por Wagner e Oliveira (2007), constatou-se um foco no desenvolvimento de habilidades sociais como uma forma de prevenção ao uso de drogas.

Programas de Treinamento de Habilidades Sociais (THS), que incluem, por exemplo, habilidades de resoluções de problemas, tomada de decisões, aumento do controle pessoal, entre outras habilidades sociais, têm sido aplicados como formas de prevenção ao consumo de substâncias (Caballo, 2010). No entanto, as evidências

científicas ainda são divergentes sobre a eficácia do THS para a prevenção e o tratamento do alcoolismo e na corroboração de que alcoolistas teriam déficits nas habilidades sociais.

O conceito de alcoolismo é bem definido na literatura como um padrão mal-adaptativo de uso de álcool que conduz a prejuízos clinicamente significativos (American Psychological Association, 1994). Por outro lado, a definição do conceito de habilidades sociais ainda não é consensual, o que requer uma análise mais aprofundada sobre as semelhanças e divergências entre a definição utilizada para tal conceito.

Ainda, faz-se necessário o desenvolvimento de mais pesquisas interessadas em investigar se o déficit em habilidades sociais é característico de uma população de dependentes de substâncias e se este constitui uma variável de relevância para o tratamento dessa condição, para assim, servir como base empírica que corrobore a necessidade do THS no tratamento do alcoolismo.

Uma das formas de se ampliar e problematizar o conhecimento produzido a respeito de determinado tema é avaliar e analisar a produção científica na área. A partir dessa importância, identificou-se a ausência de uma análise na literatura brasileira acerca dos estudos que investiguem o relacionamento entre o repertório de habilidades sociais e a dependência de álcool, indicando uma necessidade de que essa análise seja feita a fim de apontar direções futuras, assegurar o intercâmbio de idéias e contruir uma base teórica sólida. Para tanto, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura científica, de forma a descrever: (a) estudos que apresentem evidências empíricas quanto à presença de déficits no repertório de habilidades sociais em dependentes de álcool; (b) estudos que avaliem a efetividade do THS para o tratamento do alcoolismo.

5.2. Método

Seis bases de dados foram consultadas: Psycinfo, Scielo, Pubmed, Web of Science, Scopus e Pepsic desde a primeira publicação sobre o tema, em 1976, até fevereiro de 2011. Em todas as bases foram pesquisados artigos que apresentassem os seguintes descritores em qualquer parte do texto: “social skills/habilidades sociais” cruzados com o termo “alcoholism/alcoolismo” utilizando o operador booleano “AND” a fim de restringir a busca apenas aos artigos que apresentassem simultaneamente os dois descritores.

A busca inicial resultou em 164 artigos, em que 59 artigos estavam duplicados e foram excluídos. Foi realizada uma leitura dos resumos dos artigos restantes e feita uma seleção a partir dos seguintes critérios de inclusão: (a) ser um artigo empírico; (b) estudar uma população de adultos usuários de álcool; (c) relacionar habilidades sociais e consumo de álcool e (d) ter o texto completo disponibilizado para leitura. Alguns artigos não disponibilizados nas bases de dados foram enviados pelos autores após um contato via e-mail com os mesmos. Ao final desse processo, 12 artigos constituíram a versão final dessa busca. No entanto, devido ao baixo número de artigos e a fim de melhor explorar o campo de habilidades sociais, foi feita uma nova busca com o descritor “coping skills” cruzado com o termo “alcoholism” nas mesmas bases. Como resultado dessa busca, encontrou-se 207 artigos, em que 44 estavam duplicados e foram excluídos. Assim, os 163 resumos restantes foram analisados seguindo os mesmos critérios da busca anterior e ao final, 21 artigos constituíram o grupo da segunda busca.

Procedeu-se à seleção então, de 12 artigos da primeira busca somados aos 21 da segunda busca, resultando em 33 artigos finais dessa revisão, analisados com ênfase nos aspectos teóricos das habilidades sociais, na avaliação das mesmas em indivíduos usuários e dependentes de álcool e nos programas de THS. Os artigos foram analisados através dos seguintes itens: indicadores bibliométricos, aspectos metodológicos, objetivos e principais resultados. Estes foram agrupados em categorias e comparados quanto às frequências, semelhanças e divergências.

5.3. Resultados

Indicadores bibliométricos

No que se refere aos indicadores bibliométricos, foram discriminados os seguintes itens: autores, ano de publicação, revista de publicação, idioma e país de estudo. A primeira publicação sobre o tema foi em 1976, realizada por Foy, Miller, Eisler e O’Toole (Foy, Miller, Eisler & O’Toole, 1976). Como pode ser visto na **figura 1**, percebe-se que as publicações seguintes são oscilantes e não indicam um crescimento da produção científica, podendo ser percebida na constância de uma publicação por ano até 2000, e, a partir desse ano, identifica-se alguns picos, com destaque para o ano de 2007, com sete publicações.

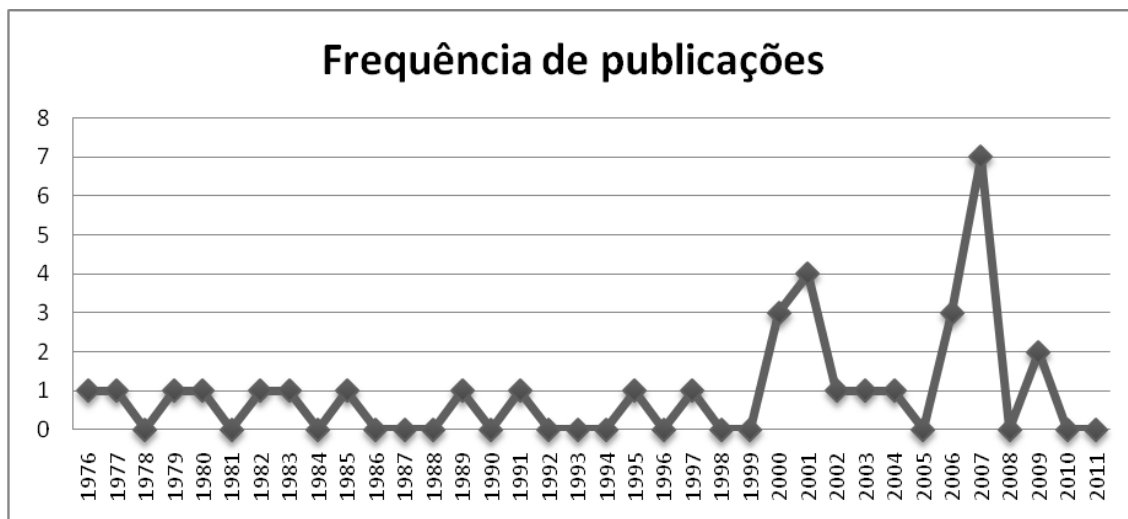


Figura 5 – Frequência de publicações de 1976 à 2011

Em relação aos veículos de divulgação apresentados na **tabela 1**, duas revistas se destacaram, *Addictive Behaviors* e *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, com oito e cinco estudos publicados respectivamente. A revista *Addictive Behaviors* publica estudos de diversas áreas e prioriza aqueles que avaliem tratamentos comportamentais, farmacológicos ou intervenções que objetivem a prevenção, além de investir em pesquisas que investiguem relacionamentos entre uso de substâncias e fatores sociais, emocionais, cognitivos, ambientais, entre outros. Por outro lado, a revista *Journal of Consulting and Clinical Psychology* não tem foco em estudos sobre álcool e outras drogas, mas sim em estudos que objetivem desenvolver técnicas de diagnóstico e tratamento para transtornos comportamentais, incluindo os transtornos por uso de substâncias.

Tabela 1 - Frequência de artigos publicados nos periódicos

Título da Revista	Fr.
Addictive Behaviors	8
Journal of Consulting and Clinical Psychology	5
Acta Psychiatrica Scandinavica	3
Journal of Studies on Alcohol	2
Addiction	2
Alcoholism: Clinical And Experimental Research	2

Psychology of Addictive Behaviors	2
Salud Mental	1
Journal of Clinical Psychology	1
Psicologia em Estudo	1
Journal of Studies on Alcohol and Drugs	1
Revista Brasileira de Terapias Cognitivas	1
British Journal of Addiction	1
British Journal of Psychiatry	1
Alcohol & Alcoholism	1
NIH Public Access	1

Os Estados Unidos se destacaram como o país que mais desenvolveu estudos, sendo responsável pelo desenvolvimento de 13 pesquisas, seguido por três no Canadá, duas na Alemanha, duas no Brasil e uma tanto no México quanto na Inglaterra. No entanto, a análise acurada em relação ao país de desenvolvimento dos estudos se tornou limitada, uma vez que 11 estudos não relataram o país na qual foram realizados. Em relação ao idioma, 30 estudos foram publicados em inglês, dois em português e um em espanhol.

Aspectos metodológicos

No que diz respeito aos aspectos metodológicos, os itens analisados foram: população, delineamento e análise dos dados.

Vinte e oito estudos utilizaram um delineamento longitudinal e cinco transversal. Também houve uma predominância de análises quantitativas ($n = 31$), considerando que apenas um estudo utilizou análise qualitativa e um estudo, análise mista. Em relação à amostra, apesar da busca da presente revisão ter utilizado o descritor “alcoolismo”, alguns estudos foram realizados com uma amostra de usuários de risco. No entanto, 20 estudos foram realizados com uma amostra de dependentes de álcool, nove com usuários de risco e quatro não diferenciavam entre dependentes e usuários de risco. O tamanho da amostra variou de dois à 3406 indivíduos.

Objetivos dos estudos

Devido à diversidade de objetivos apresentados nos estudos, esses foram agrupados em quatro categorias distintas, são elas: *Implementação e avaliação de intervenções* (n=15); *Comparação da eficácia de diferentes intervenções* (n=8); *Associação entre habilidades sociais/enfrentamento e outras variáveis* (n=7); *Caracterização do repertório de habilidades sociais/enfrentamento* (n=2). Apenas um estudo não pode ser incluído em alguma categoria, pois não apresentou as características comuns aos artigos incluídos nestas.

Quinze estudos foram incluídos na categoria “*Implementação e avaliação de intervenções*” que tiveram como objetivo principal implementar e avaliar a efetividade de uma intervenção voltada para o tratamento de dependência e abuso de álcool baseado no THS ou contemplando seus componentes na intervenção. Oito estudos tiveram como objetivo a comparação entre diferentes tipos de intervenções voltadas para o tratamento do alcoolismo ou do abuso de álcool e foram incluídos na categoria “*Comparação da eficácia de diferentes intervenções*”, sendo que dentre essas intervenções, pelo menos uma contemplava o treinamento de habilidades sociais.

Na categoria “*Associação entre habilidades sociais/enfrentamento e outras variáveis*” foram incluídos sete estudos que tiveram como objetivo principal avaliar as associações entre habilidades sociais/enfrentamento com outras variáveis em dependentes de álcool, tais como, satisfação cotidiana, psicopatologias, antecedentes criminais, história de uso de substância na família, entre outras. Na quarta categoria “*Caracterização do repertório de habilidades sociais/enfrentamento*”, foram incluídos dois estudos que objetivaram caracterizar o repertório de habilidades sociais e de enfrentamento em usuários de risco ou dependentes de álcool. E, por último, o estudo de Maisto et al. (2000) teve seu foco no impacto do tratamento sobre as habilidades de enfrentamento do indivíduo, partindo do pressuposto que o efeito do tratamento sobre o comportamento de beber é mediado pelo impacto do tratamento sobre as habilidades de enfrentamento e essas, por sua vez são mediadas pela auto-eficácia.

Principais resultados encontrados

Diante da diversidade dos objetivos listados acima, vários foram os resultados encontrados, sendo muitos na mesma direção e outros com resultados contraditórios. O déficit de habilidades sociais em uma amostra de dependentes de álcool é relatado em dois estudos (Cunha, et al., 2007; Scaturro & LeSure, 1985), assim como a relação significativa entre habilidades de enfrentamento negativa e uso de álcool (El-Bassel,

Ivanoff, Schilling, Gilbert & Chen, 1995). No entanto, esses achados não podem ser considerados conclusivos, uma vez que ainda existem divergências quanto aos mesmos. No estudo de Aliane et al. (2006) não foram encontradas diferenças significativas quanto ao repertório de habilidades sociais de indivíduos dependentes de álcool e de não-dependentes. Ainda, no estudo de Maisto et al. (2000), o efeito do tratamento sobre o consumo de álcool no pós tratamento, não foi mediado pelas habilidades sociais do indivíduo.

Como supracitado, a implementação de intervenções contemplando habilidades sociais no tratamento do alcoolismo foi o foco da grande parte dos estudos incluídos nessa revisão e, os resultados obtidos são esperançosos, uma vez que a maioria encontrou indicadores de eficácia de tais intervenções (Alwyn, et al., 2004; Ball, Jaffe, Crouse-Artus, Rounsaville & O'Malley, 2000; Ball et al., 2007; Burtscheidt et al., 2002; Burtscheidt et al., 2001; Caudill et al., 2007; Conrod et al., 2000; Guzman et al., 2006; Foy, et al., 1976; Kadden, Cooney, Getter & Litt, 1989; Kranzler, Tennen, Penta & Bohn, 1997; Litt, Kadden, Cooney & Kabela, 2003; Litt, Kadden & Kabela-Cormier, 2009; Monti et al., 2001; O'Malley et al., 2007; Oei & Jackson, 1980; Oei & Jackson, 1982; Rist & Watzl, 1983; Rohsenow, et al., 2001; Wolwer, Burtscheidt, Redner, Schwarz, & Gaebel, 2001). Porém, ainda existem estudos que contrariam tais achados, como o estudo de Falloon, Lindley, McDonald e Marks (1977) e Cooney, Litt, Kadden e Getter (1991) em que não foram encontrados efeitos significativos da intervenção aplicada sobre o consumo de álcool na avaliação de follow-up.

Outro ponto importante a ser ressaltado, foi a ausência de indicativos de superioridade da eficácia de intervenções que contemplem habilidades sociais sobre outras formas de tratamento em alguns estudos. Apesar dos efeitos positivos na diminuição do consumo de álcool pós-tratamento, alguns estudos apontam que os resultados obtidos através do Treinamento de Habilidades Sociais não foram superiores aos resultados da terapia de grupo interacional (Kadden, Cooney, Getter, & Litt, 1989; Litt, Kadden, Cooney, & Kabela, 2003), terapia cognitivo-comportamental (Burtscheidt, Wolwer, Schwarz, Strauss, & Gaebel, 2002; Burtscheidt, et al., 2001) e entrevista motivacional (Ball, et al., 2007; Morgenstern, et al., 2007). Além disso, o estudo de Ball et al., (2000) indicou uma diminuição do consumo de álcool após o THS em curto prazo, mas esses resultados não se mantiveram em longo prazo.

Ainda nos resultados apresentados, pode-se perceber que não só a intervenção apontou efeitos significativos sobre o consumo de álcool, mas outras variáveis também

se mostraram significativas em relação a esse desfecho. Dentre elas estavam a motivação para a mudança e a autoeficácia (Litt, et al., 2003), a execução de intervenções em grupo (Oei & Jackson, 1980), intervenções personalizadas de acordo com o perfil e demanda do usuário (Litt, Kadden, & Kabelo-Cormier, 2009), administração de medicação concomitante à intervenção (Kranzler et al., 1997; Monti et al., 2001; O'Malley et al., 1992), satisfação obtida no desempenho em diferentes áreas de sua vida e o aumento nas habilidades para diminuir emoções desagradáveis como a depressão e ansiedade (Torres, Mares, Medina-Mora & Velázquez, 2007). Também foram encontradas associações entre habilidades sociais e depressão, incapacidade de expressar raiva, inabilidade para resistir à pressão social, sensação de desejo e estados emocionais negativos (Zielinski, 1979), maior confiança no enfrentamento à situações de consumo de álcool, mais relacionamentos positivos com os demais, participação em atividades sociais (Forys, McKellar, & Moos, 2007), tratamento ambulatorial (Maisto, Zywiak, & Connors, 2006) e maior auto-eficácia (Bradizza, et al., 2009).

Algumas modificações na implementação de intervenções voltadas para a diminuição do consumo de álcool podem ser encontradas em estudos mais recentes, como acontece nos estudos de Alwyn et al., (2004), Ball et al., (2007) e Caudill et al. (2007) que avaliaram a eficácia de intervenções breves contemplando aspectos do Treinamento de Habilidades Sociais. Caudill et al. (2007) comparou uma intervenção breve com duração de três horas com uma intervenção mais prolongada e constatou que não houve diferença significativa quanto aos resultados, indicando que intervenções mais breves podem obter tanto sucesso quanto as mais longas, porém com menos dispêndio de recursos.

5.4. Discussão

O objetivo desta revisão foi analisar estudos empíricos que contribuíssem com evidências acerca da presença de déficits no repertório de habilidades sociais em alcoolistas, além de buscar evidências de efetividade do THS para o tratamento dessa condição, cabendo ressaltar que tais conclusões devem ser compreendidas mediante as limitações do método utilizado. Ao se optar por investigar um conjunto limitado de fontes pode-se incorrer em vieses, provenientes da seleção dessas fontes. Além disso, a estratégia utilizada para a coleta dos dados pode limitar o universo pesquisado, uma vez que estudos que não abordaram o tema como um de seus tópicos principais ou não

utilizaram os descritores pesquisados, foram excluídos dessa revisão. No entanto, a sistematização do processo de revisão da literatura permite que este estudo seja replicado no futuro contando com outras delimitações, permitindo que os resultados sejam comparados, além de apontar lacunas na literatura que sirvam como impulsionadores de novos estudos e possibilite o avanço no conhecimento científico.

Através dos resultados da presente revisão, percebeu-se que o início de pesquisas voltadas para a busca de associações entre déficits no repertório de habilidades sociais e alcoolismo teve início na segunda metade da década de 70, com o estudo de Foy et al., (1976) interessado em investigar a eficácia de um treinamento de habilidades específicas para enfrentar situações que eliciem o consumo de álcool em dependentes dessa substância. No entanto, o que chama a atenção na análise das publicações é a diferença encontrada entre o ano de publicação do primeiro estudo no exterior e o primeiro estudo brasileiro, que foi publicado 30 anos depois, em 2006. Ainda, apenas dois estudos foram publicados no contexto brasileiro com investigações exploratórias acerca do repertório de habilidades sociais de alcoolistas, em contraste aos estudos internacionais que já buscam avaliar a eficácia do THS para o tratamento dessa condição de saúde. Propõe-se que estudos futuros busquem replicar tais intervenções no contexto brasileiro a fim de avaliar quais as especificidades desse público em nossa sociedade e avançar no conhecimento científico.

Outro ponto a ser discutido, diz respeito a ausência da operacionalização dos conceitos de habilidades sociais e de enfrentamento utilizados pelos autores. Essa ausência não permitiu identificar em qual teoria se baseiam os conceitos apresentados, como os autores os entendem e conseqüentemente, como os inserem nas intervenções testadas. A incompletude das informações impossibilitou a comparação dos pressupostos teóricos que embasaram os estudos, assim como a comparação e discriminação das diferenças apresentadas.

Da perspectiva da teoria cognitivo-comportamental, a dependência de álcool é vista como um conjunto de comportamentos e crenças adquiridos ao longo da experiência dos indivíduos (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993). Se depois de consumir algumas doses de bebida alcoólica a pessoa se sente eufórica, mais confortável em situações sociais e menos tensa, a probabilidade dela consumir novamente álcool é maior (Kadden & Cooney, 2005). Ainda, as conseqüências negativas de beber, como os sintomas da abstinência, depressão e ansiedade, podem aparecer um longo tempo após o consumo e, dessa forma, não substituem o reforço

positivo imediato causado pelos efeitos do álcool (Kadden & Cooney, 2005). Essa perspectiva foi abordada por muitos dos estudos contemplados nesta revisão (Maisto, et al., 2000; Oei & Jackson, 1980; Scaturro & LeSure, 1985), levando vários estudiosos do tema a compreender o fenômeno do uso de substâncias como um comportamento aprendido, utilizado como estratégia de evitação a sentimentos negativos, tais como o estresse e a depressão (Forys, et al., 2007).

Além dos programas de treinamento de habilidades sociais gerais, existem várias abordagens com foco em habilidades específicas para enfrentar situações que conduzam ao consumo de álcool (Rist & Watzl, 1983), baseada na premissa de que déficits em habilidades para enfrentar os estressores de vida no geral e estímulos que eliciem o consumo de álcool e drogas em particular, levam ao beber excessivo e consumo de drogas, devendo o treinamento focar tanto em situações gerais como em situações específicas (Forys, et al., 2007).

Diante dessa abordagem, foi perceptível o grande número (n = 23) de trabalhos que objetivaram avaliar a eficácia de intervenções contemplando o THS e, como esperado, grande parte (n = 20) desses encontraram resultados satisfatórios. No entanto, apesar do desenvolvimento de habilidades sociais estar relacionado a melhores resultados em alguns estudos, não é claro quais habilidades são responsáveis por aquele resultado e, em alguns casos, os resultados de sua eficácia não são superiores à tratamentos alternativos. É possível criar algumas hipóteses para a dificuldade em encontrar um papel mediador entre habilidades sociais e resultados sobre o consumo de álcool: (1) as medidas usadas para avaliar tais habilidades podem não ser adequadas, (2) podem existir outras variáveis responsáveis pelo sucesso do tratamento e (3) o simples fato de estar em um tratamento pode ser o suficiente para mobilizar esforços de recuperação do paciente (Litt et al., 2009).

Com relação à hipótese de que haveriam outras variáveis relacionadas ao sucesso do tratamento (Litt et al., 2009), essas foram apontadas em alguns estudos, como a motivação para a mudança e autoeficácia (Litt et al., 2009), uso de medicação (Kranzler et al., 1997; Monti et al., 2001; O'Malley et al., 1992), confiança no resultado do tratamento e participação em atividades sociais (Forys et al., 2007). No entanto, não foi possível identificar qual variável mais contribuiu para o desfecho da intervenção, possibilitando apenas identificar sua contribuição nesse contexto. Aqui, destaca-se a importância de que novas pesquisas sejam conduzidas com o objetivo de identificar

quais variáveis contribuem mais significativamente no desfecho da intervenção, para que as mesmas possam ser priorizadas em intervenções clínicas.

Ainda com relação aos resultados positivos do THS, apesar da grande difusão dessa intervenção no tratamento do alcoolismo, nem sempre o déficit no repertório de Habilidades Sociais é encontrado. No estudo de Aliane et al.(2006), ao comparar uma população de dependentes e não-dependentes de álcool, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Foram encontradas diferenças apenas entre os sexos, em que os homens apresentaram uma média maior que as mulheres no fator “conversação e desenvoltura social” e “autocontrole da agressividade”. Por outro lado, o estudo de Cunha et al. (2007) encontrou um déficit no repertório de habilidades sociais em uma amostra de alcoolistas, sugerindo que estes podem se beneficiar da inclusão do Treinamento de Habilidades Sociais como parte do tratamento.

A partir dos resultados percebe-se que grande parte dos estudos indica efeitos satisfatórios do THS sobre o consumo de álcool, porém, quando o objetivo é avaliar o repertório de habilidades sociais desses usuários os resultados ainda não são conclusivos. Como proposto por Del Prette e Del Prette (1999) a aplicação do THS já pressupõe uma avaliação de sua necessidade, o que não foi encontrado na presente revisão. Os estudos que aplicaram o THS não avaliaram o repertório de habilidades sociais dos indivíduos antes da intervenção, utilizando como medida no pós-teste apenas a frequência do consumo de álcool comparada à frequência do consumo avaliado na linha de base, não explicitando então, a necessidade desse treinamento. Além disso, apenas três estudos avaliaram o repertório de habilidades sociais dos participantes, o que não fornece evidências suficientes para fundamentar a aplicação de tais intervenções. Essa constatação deve levar em consideração que o simples fato de estar em um tratamento pode já ser o suficiente para mobilizar esforços de recuperação do paciente, visto que em muitos estudos a superioridade do THS (Burtscheidt, et al., 2001; Kadden, et al., 1989; Litt, et al., 2003; Morgenstern, et al., 2007) não foi verificada em relação a outras intervenções, não sendo possível afirmar que a diminuição do consumo se deve à determinada intervenção ou ao engajamento em um tratamento que, por maior que sejam as diferenças quanto à sua estrutura, oferecem algo em comum: um espaço em que os pacientes podem aproveitar seus níveis de motivação para a mudança de comportamento (Litt et al., 2003).

5.5. Considerações finais

Com relação ao primeiro objetivo dessa revisão, identificou-se a ausência de evidências empíricas que apontem um relacionamento entre déficit no repertório de habilidades sociais e alcoolismo, visto que os poucos estudos que avaliaram tal associação, não foram conclusivos. No entanto, em resposta ao objetivo dois, foram encontradas evidências de eficácia do THS ou de componentes desse treinamento no tratamento para o alcoolismo, apontando que esta técnica pode ser uma alternativa válida para estudos futuros voltados para a melhora dos tratamentos ofertados a essa condição. No entanto, constatou-se que ainda não foram encontrados estudos que relatem a eficácia do THS no contexto brasileiro, indicando a necessidade de novas frentes de pesquisa no Brasil. Conclui-se que o conjunto de estudos avaliados ainda é insuficiente de evidências científicas e demandam mais estudos que busquem investigar essa relação e corroborar a existência de déficits de habilidades sociais na população de dependentes de álcool que possam fundamentar a ampla aplicação do THS como uma intervenção eficaz no tratamento do consumo de álcool.

6. Estudo 2 – Estudo comparativo do repertório de Habilidades Sociais entre dependentes e não dependentes de álcool

6.1. Justificativa

Diante da inconsistência entre os resultados acerca da relação entre alcoolismo e repertório de habilidades sociais e da escassez de estudos que busquem investigar essa relação, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o repertório de habilidades sociais de dependentes de álcool e compará-lo ao repertório de habilidades sociais de não dependentes dessa substância.

6.2. Método

O presente estudo caracterizou-se como um estudo exploratório, transversal e utilizou metodologia quantitativa para análise dos dados. A coleta de dados foi realizada em dois momentos com dois grupos distintos: o primeiro grupo constituído por dependentes de álcool e o segundo, por não dependentes. Ambos os grupos foram abordados durante o momento de espera por atendimento nos serviços de saúde e a realização das entrevistas foi efetuada conforme a disponibilidade dos participantes. Os questionários foram aplicados em forma de entrevista estruturada, respeitando-se as instruções para aplicação dos instrumentos utilizados.

A escolha do município de Juiz de Fora- MG seguiu o critério de conveniência em função da logística disponível que proporcionou uma maior agilidade no processo de coleta de dados. Os indivíduos foram convidados pelos pesquisadores a participarem da referida pesquisa e somente após a verificação dos critérios de inclusão e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1 e 2), foram considerados aptos para responder aos questionários.

O presente estudo faz parte de um estudo mais amplo intitulado “Estigma internalizado entre dependentes de álcool e outras drogas em tratamento” em fase de execução pelo Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas (CREPEIA) com financiamento do Edital CNPq N° 41/2010 e Edital 01/2010 – PIBIC e BIC/CNPq/UFJF-2010.

6.3. Participantes

Grupo 01 - Dependentes de álcool

Para compor o primeiro grupo, foram considerados elegíveis os indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: a) ter recebido o diagnóstico de dependência de álcool segundo o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI); b) ser usuários de serviços de tratamento especializados em dependência; c) ter dado entrada no serviço de tratamento no mês da coleta de dados para evitar vieses de tratamento e d) ser maior de 18 anos. Foram considerados os seguintes critérios de não inclusão no estudo: a) ter o diagnóstico de dependência de outra substância além do álcool (exceto tabaco); b) estar sob efeito de substâncias psicoativas no momento da entrevista.

A coleta foi realizada no período de maio de 2010 a março de 2012 em uma instituição pública especializada em tratamento de dependência de substâncias, e de um hospital, também público, com uma enfermaria exclusiva para atendimento aos dependentes de substâncias. Nesse período, foram entrevistados 155 pacientes, porém, 32 destes não completaram o questionário devido a: (a) interrupção da entrevista para atendimento médico do serviço; (b) desistência do participante e (c) dificuldade em compreender as questões apresentadas pelo entrevistador, e, portanto, não foram incluídos nas análises. A amostra final do primeiro grupo foi composta por 123 pacientes com diagnóstico de dependência de álcool.

Grupo 02 – Pacientes não dependentes de álcool

As entrevistas com os participantes do segundo grupo foram realizadas para fins de comparação com o grupo de alcoolistas, em relação ao repertório de Habilidades Sociais. A necessidade de compor um grupo de comparação surgiu a partir da análise da amostra para qual o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) foi validado, instrumento utilizado para a caracterização do repertório de habilidades sociais dos participantes dessa pesquisa. A validação deste instrumento foi realizada com uma amostra de estudantes universitários com faixa etária entre 18 e 25 anos (Del Prette & Del Prette, 2001). No entanto, esse perfil difere-se do perfil encontrado em amostras de dependentes de álcool, que em sua maioria são compostos por indivíduos com baixa

escolaridade, predominância do sexo masculino e na faixa etária adulta (Costa, Silveira, Gazalle, Oliveira, Hallal, Menezes, Gigante, Olinto & Macedo, 2004; Laranjeira, Pinsky, Zaleski, & Caetano, 2007; Monteiro, Albuquerque, Fé, Silva, Moreira & Passamani, 2011), e, portanto, não poderia servir como base para a comparação quanto ao seu repertório de habilidades sociais, visto que estas características podem influenciar o desenvolvimento deste repertório.

Sendo assim, o segundo grupo foi composto por 114 usuários dos serviços de atenção primária à saúde no município de Juiz de Fora – MG que apresentassem a mesma distribuição das variáveis sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade) da amostra de dependentes de álcool. Foram considerados os seguintes critérios de elegibilidade: a) não ter diagnóstico de dependência de álcool ou outras substâncias psicoativas (exceto tabaco); b) ser maior de 18 anos, c) estar em busca de atendimento em alguma unidade básica de saúde e d) ter o mesmo perfil da amostra de dependentes de álcool quanto ao sexo, idade e escolaridade.

A escolha dessas variáveis para comparação entre os dois grupos se deu por acreditar-se que o sexo (Aliane et al., 2006; Sardinha, Falcone & Ferreira, 2009; Del Prette & Del Prette, 2001), a faixa etária (Maia, Del Prette & Freitas, 2008; Caballo, 2010) e a escolaridade (Maia, Del Prette & Freitas, 2008; Caballo, 2010) podem influenciar significativamente o desenvolvimento do repertório de habilidades sociais do indivíduo. O recrutamento dos participantes desse grupo foi realizado durante a espera pelo atendimento nos serviços de saúde, no período de abril de 2012 a outubro de 2012.

6.4. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para as entrevistas com ambos os grupos:

1. **Questionário sociodemográfico (ANEXO 6):** foram utilizadas para a caracterização dos participantes da pesquisa as variáveis: idade, sexo, estado civil, status profissional, religião, renda familiar e anos de educação. Ainda, para o grupo de dependentes de álcool, foi perguntado: quantas vezes deram entrada em serviços para

tratamento de dependência, se alguma vez tal tratamento foi compulsório e se já esteve envolvido em alguma atividade ilícita.

2. **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (ANEXO 4):** foi utilizado como critério de elegibilidade para o estudo. Consiste em um questionário breve (15-30 minutos), em que a cotação das questões é dicotômica (SIM/NÃO) compatível com os critérios diagnósticos do DSM-IV-R e da CID-10. O MINI apresenta qualidades psicométricas comparáveis às de outros questionários diagnósticos padronizados mais longos e complexos, permitindo a avaliação rápida dos principais transtornos do eixo I do DSM-IV (Amorim, 2000).

3. **Inventário de Habilidades Sociais (IHS):** instrumento brasileiro cujo objetivo é caracterizar o repertório de habilidades sociais em situações pessoais cotidianas (Del Prette & Del Prette, 2001). O IHS é composto por 38 itens respondidos em uma escala *likert* de cinco pontos, variando de “nunca ou raramente” a “sempre ou quase sempre”, que descrevem uma série de situações sociais. Os itens são agrupados em cinco fatores: F1) Enfrentamento e Autoafirmação com Risco: avalia a capacidade em lidar com situações interpessoais que demandam a afirmação e defesa de direitos e autoestima, com risco de reações indesejáveis do interlocutor; F2) Autoafirmação na Expressão de Sentimento Positivo: avalia as habilidades em lidar com demandas de expressão de afeto positivo e de afirmação da autoestima que não envolve risco interpessoal; F3) Conversação e Desenvoltura Social: retrata a capacidade em lidar com situações sociais neutras de aproximação, com risco mínimo de reação indesejável; F4) Autoexposição a desconhecidos e situações novas: avalia a capacidade de abordar pessoas desconhecidas com maior risco de reação indesejável do outro e F5) Autocontrole da Agressividade: avalia a capacidade de reagir a estimulações aversivas do interlocutor com razoável controle da raiva e da agressividade. Para o cálculo do escore total, 15 itens precisam ter sua pontuação invertida (2,8,9,13,17,18,19,22,23,24,26,33,34,36 e 37), seguida da soma simples de cada item, sendo que maiores escores indicam maior repertório de habilidades sociais. Para o cálculo dos escores dos fatores foi utilizada a apuração simplificada, com base na média simples dos valores obtidos pelo respondente em cada fator. A utilização dessa forma de apuração simplificada é indicada pelos autores do IHS sem prejuízo dos resultados. No presente estudo, o *alfa de Cronbach* para a amostra de dependentes

de álcool e não dependentes foram, respectivamente, IHS-Total ($\alpha= 0,78$ e $0,72$), F1 ($\alpha= 0,68$ e $0,64$), F2 ($\alpha= 0,61$ e $0,64$), F3 ($\alpha=0,64$ e $0,71$), F4 ($\alpha=0,34$ e $0,49$) e F5 ($\alpha= 0,35$ e $0,35$).

6.5. Aspectos éticos

Uma vez que o presente projeto faz parte de um projeto maior intitulado “Estigma internalizado entre dependentes de álcool e outras drogas em tratamento”, o aceite do Comitê de ética em pesquisa foi aprovado em nome do projeto maior (ANEXO 3). Foi encaminhada uma carta de apresentação às instituições explicando os objetivos do presente estudo e só após consentimento das mesmas, iniciou-se a coleta dos dados. A todos os participantes foi fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1 e 2) em que eles deveriam consentir com a realização da pesquisa. A realização das entrevistas foi efetuada conforme a disponibilidade dos participantes. Os resultados serão divulgados em meios públicos, com honestidade científica e mantendo o nome dos participantes em anonimato. Todos os procedimentos foram realizados conforme as diretrizes éticas da Resolução CNS nº 196/96.

6.6. Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados por dois digitadores de forma independente em um banco de dados da versão 15.0 do software Statistical Package for Social Science - SPSS®. As duas versões da digitação foram submetidas a um processo de comparação utilizando o software Epiinfo 3.5 para detectar e corrigir eventuais erros de digitação. Após o banco consolidado, os dados foram submetidos a análises estatísticas exploratórias através de estatísticas descritivas, sendo elas: frequência absoluta (n), frequência relativa (%), média (M) e desvio padrão (DP). Para os valores *missing* foi calculada a média de resposta da questão para o grupo a qual o participante estava incluído (dependentes ou não dependentes) controlado por sexo, e o valor médio foi imputado. Para as análises estatísticas inferenciais, no caso das variáveis numéricas, foi utilizado o Teste t de Student, quando os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variância foram preenchidos. Quando tais pressupostos não foram observados, utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney junto com sua estimativa de

tamanho de efeito (r). Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste estatístico do Qui-Quadrado (χ^2). A fim de verificar se a distribuição dos dados amostrais diferia de uma distribuição normal, optou-se por utilizar o teste *Kolmogorov-Smirnov*. Ainda, para avaliar a consistência interna do IHS utilizou-se o *alfa de Cronbach* para ambos os grupos. No entanto, considerando que o *alfa de Cronbach* para o F5 do IHS foi considerado baixo ($\alpha= 0,35$), tanto para alcoolistas quanto para não alcoolistas, e diante do pequeno número de itens que constituem esse fator ($n=3$), procedeu-se a comparação dos itens que compõem o fator através do teste de Mann-Whitney. Por último, para comparar duas ou mais condições foi utilizado o teste de Análise de Variância (ANOVA). Adotou-se para todas as análises inferenciais o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

6.7. Resultados

Conforme apresentado na **tabela 2** não foram encontradas diferenças significativas para o sexo, idade, renda e escolaridade e, portanto, a hipótese nula foi confirmada, demonstrando homogeneidade quanto a essas variáveis, o que tornou mais confiável a comparação entre os grupos.

Tabela 2 - Descrição da amostra de dependentes e não dependentes

		Dependentes (n=123)*	Não dependentes (n=114)*	χ^2 de Pearson	
Características		%	%	χ^2	p
Sexo	Feminino	8,9	8,8	0,00	0,97
	Masculino	91,1	91,2		
Estado Civil	Solteiro(a)	33,3	24,6	21,29	0,00
	Casado(a)/Vive com companheiro(a)	42,3	65,8		
	Divorciado(a)	23,6	7,0		
	Viúvo(a)	0	2,6		
Atualmente, está trabalhando?	Sim	30,1	54,4	13,65	0,001
	Não	68,3	45,6		
Renda Familiar	Até um sal. mínimo	18,7	23,7	1,31	0,86
	1 a 3 sal. mínimos	53,7	56,1		
	4 a 6 sal.	16,3	17,5		

	mínimos				
	7 a 10 sal. mínimos	1,6	1,8		
	Mais de 10 sal. mínimos	0	,9		
Escolaridade	1° a 4° Série Incompleto	9,8	11,4	2,27	0,68
	1° a 4° Série Completo	15,4	18,4		
	5° a 8° Série Incompleto	35,0	35,1		
	5° a 8° Série Completo	13,8	8,8		
	Ensino Médio Incompleto	7,3	7,9		
	Ensino Médio Completo	13,8	14,9		
	Superior Incompleto	4,9	3,5		

*Para algumas variáveis, o percentual está baseado em um *n* menor devido ao *missing* dos dados.

A idade para a amostra de não dependentes variou de 18 a 65 anos, com média de 44,2 anos (DP=11,7). Já para a amostra de dependentes a idade variou de 18 a 61 anos, com média de 43,2 anos (DP=9). Ainda, entre os dependentes de álcool, 79,7% afirmaram nunca terem se envolvido em qualquer atividade ilícita, em detrimento de 19,5% que o fizeram. O número de vezes que o entrevistado buscou algum tratamento para problemas relacionados ao uso de álcool variou de “nenhuma procura” a 25 tentativas, com média de 3,1 tentativas (DP=3,98). Dentre as tentativas realizadas, a maioria (60,9%) relatou já ter permanecido internado em algum momento. O tempo mínimo de internação variou de um dia a três meses, e o tempo máximo foram dois anos de internação. Dentre os serviços procurados com maior frequência, encontram-se o CAPS-ad (51,2%), Hospital psiquiátrico (49,6%), Hospital de Pronto Socorro (43,1%) e Unidades Básicas de Saúde (27,6%).

Na **tabela 3** são apresentados os dados descritivos do repertório de habilidades sociais de ambos os grupos.

Tabela 3 - Descrição do repertório de Habilidades Sociais de dependentes e não dependentes de álcool

	Dependentes	Não dependentes	p valor
--	-------------	-----------------	---------

IHS-Total	Média	94,93	96,14	0,61 ^a
	Mediana	92	96,5	
	DP	18,98	17,06	
	Valor Mín.	32,44	51	
	Valor Máx.	147	132	
F1 - Enfrentamento e Autoafirmação com Risco	Média	2,29	2,24	0,58 ^a
	Mediana	2,36	2,27	
	DP	0,73	0,72	
	Valor Mín.	0,36	0,36	
	Valor Máx.	4	3,64	
F2- Autoafirmação na Expressão de Sentimento Positivo	Média	2,3	3,08	0,54 ^b
	Mediana	3,14	3,14	
	DP	0,7	0,71	
	Valor Mín.	0,57	0,71	
	Valor Máx.	4	4	
F3- Conversaço e Desenvoltura Social	Média	2,48	2,62	0,16 ^b
	Mediana	2,57	2,78	
	DP	0,89	0,91	
	Valor Mín.	0	0,43	
	Valor Máx.	4	4	
F4- Autoexposiço a desconhecidos e situaço novas	Média	1,8	1,95	0,31 ^b
	Mediana	1,75	2	
	DP	0,96	1,08	
	Valor Mín.	0	0	
	Valor Máx.	4	4	
F5- Autocontrole da Agressividade	Média	2,83	3,06	0,05 ^{b*}
	Mediana	3	3,33	
	DP	0,97	0,91	
	Valor Mín.	0	0	
	Valor Máx.	4	4	

^a p dado pelo *t* de Student

^b p dado pelo Mann-Whitney

* p ≤ 0,05

Como pode ser observado na tabela acima, somente o F5 apresentou diferença significativa entre as amostras estudadas. Diante disso, procedeu-se então a comparação entre os itens que compõem o F5, a qual identificou que somente o item 38 “*Você consegue “levar na esportiva” as gozações de colegas de escola ou do trabalho a seu respeito*” apresentou uma diferença significativa ($\chi^2 = 14,1$; $gl=4$; $p=0,007$) entre os grupos, enquanto os dois outros itens que compõem esse fator, sendo eles o item 18 “*Quando um de seus familiares, por algum motivo te critica você reage de forma agressiva*” e o item 31 “*Ao entrar em um ambiente onde estão várias pessoas*”

desconhecidas, você cumprimenta-as” não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

6.8. Discussão

Ao analisar a literatura acerca da relação entre alcoolismo e habilidades sociais, percebe-se um aumento em intervenções que utilizam o THS como tratamento principal ou coadjuvante para a dependência de álcool. No entanto, como encontrado na revisão realizada no Estudo 1, não existem evidências suficientes que comprovem a existência de um déficit no repertório de habilidades sociais em alcoolistas, o que serviu como ponto de partida para o presente estudo. Sendo assim, este estudo buscou investigar a existência de diferenças quanto ao repertório de habilidades sociais em alcoolistas e não alcoolistas, e os resultados encontrados não foram suficientes para ratificar essa associação, apesar de apresentar avanços comparados aos estudos já existentes nessa área.

Dentre os estudos existentes no Brasil, o estudo de Aliane et al. (2006) aponta como uma importante limitação o tamanho amostral utilizado em seu estudo, constituído por 80 sujeitos, sendo 40 dependentes de álcool e 40 não dependentes. A amostra reduzida pode ter conduzido a um erro do Tipo II, indicando a necessidade de estudos com amostras maiores serem realizados. Nesse sentido, o presente estudo utilizou uma amostra quase três vezes maior que o estudo supracitado e de fato, encontrou resultados diferentes.

Foi encontrada uma diferença significativa entre dependentes e não dependentes de álcool quanto ao fator 5 “Autocontrole da agressividade” que avalia especificamente a capacidade do participante em reagir a estimulações aversivas do interlocutor com razoável controle da raiva e da agressividade. Para indivíduos com um bom repertório de habilidades sociais dentro dessa categoria, é possível expressar desagrado ou raiva de forma socialmente competente (Del Prette & Del Prette, 2001).

Entretanto, a fim de melhor explorar esse achado, o presente estudo identificou que apenas um item representante dessa classe de habilidades sociais apresentava diferença significativa entre as amostras, limitando a mesma quanto a habilidade de lidar com gozações e chacotas de conhecidos. Essa habilidade expressa uma característica importante para muitas demandas interpessoais, qual seja, a capacidade de lidar com conflitos de forma habilidosa (Del Prette & Del Prette, 2001). Segundo

Caballo (2010), faltariam aos alcoolistas principalmente as habilidades necessárias para lidar com situações de conflito, e portanto, o consumo de álcool serviria como uma estratégia de enfrentamento a tais situações sociais ansiogênicas. Posteriormente, a frequência desse comportamento levaria a um aprendizado parcial e inadequado, reforçando a idéia da necessidade do consumo de álcool para o enfrentamento de situações cotidianas (Caballo, 2010). Sendo assim, existiria uma relação de influência múltipla, em que o álcool poderia estar sendo consumido como forma de enfrentamento às situações sociais ansiogênicas e por sua vez, conduziria ao aprendizado inadequado de enfrentamento às essas situações, limitando o desenvolvimento de um repertório de habilidades sociais adequado.

Tais resultados estão em acordo com o estudo de Wagner et al., (2010) e Wagner e Oliveira (2009), em que ambos compararam o repertório de habilidades sociais de dependentes e não dependentes de maconha com o mesmo perfil sociodemográfico e, igualmente ao presente estudo, encontraram diferenças significativas no F5. Este resultado indica que dependentes de maconha, semelhante aos dependentes de álcool, possuem maior inabilidade para lidar com sentimentos e reações de agressividade, o que pode contribuir para o comportamento de buscar uma substância para enfrentar dificuldades sociais, além de prejudicar suas relações sociais ao reagir com baixo controle sob a raiva em situações de conflitos.

Ainda, o trabalho de Scali e Ronzani (2007) reforça esse relacionamento, pois ao investigar diferenças entre crenças relacionadas ao consumo de álcool entre dependentes e não dependentes dessa substância, encontraram que alcoolistas acreditam que o álcool diminui e/ou atua como uma fuga para emoções negativas e conseqüentemente fazem uso dessa substância quando se deparam com tais situações. Ademais, Cunha et al. (2007) concluíram que a ingestão etílica é vista como um facilitador do desempenho social, proporcionando maior ousadia, coragem, confiança, entre outras características, aos dependentes de álcool.

Por último, Cunha, Peuker e Bizarro (2012) realizaram um estudo exploratório quanto a relação entre o beber problemático e déficit no repertório de habilidades sociais entre jovens universitários, e encontraram uma prevalência de 10,6% dos universitários que bebiam de forma problemática com déficits no F5 comparados à amostra universitária normativa do IHS, reforçando a associação entre pior desempenho nesse fator e consumo de álcool.

No entanto, apesar dos dados apresentados, ainda é preciso desenvolver mais estudos que fundamentem a relação entre déficit de habilidades sociais e alcoolismo, visto que os estudos desenvolvidos até o momento apresentam resultados diversificados. Ainda, é preciso investir em estudos longitudinais que aprofundem os achados a fim de investigar se o déficit na classe de autocontrole da agressividade encontrada na presente amostra, antecede comportamentos agressivos de dependentes de álcool, se a relação é contrária, ou se é uma relação de múltipla influência.

6.9. Limitações do estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações que precisam ser consideradas ao analisar os resultados. A amostra estudada foi selecionada pelo critério de conveniência em ambos os grupos, o que limita a generalização dos resultados, visto que não é possível inferir se os dados representam o perfil de todos os dependentes de álcool que buscam tratamento para sua condição de saúde. Entretanto, vale destacar que outros estudos conduzidos em contextos diversos encontraram o mesmo perfil, dando suporte para a representatividade dos resultados encontrados. Ainda, a avaliação do repertório de habilidades sociais se deu através de um instrumento de autorrelato, que possui limitações inerentes ao próprio instrumento, visto que este avalia a percepção do desempenho do repertório de habilidades sociais do indivíduo, não sendo possível assegurar que o mesmo se comporta da forma como foi relatado.

Apesar das limitações apresentadas, este estudo representa avanços para pesquisas na área, uma vez que utiliza um tamanho amostral superior aos estudos já existentes e utiliza como amostra comparativa indivíduos com o mesmo perfil sociodemográfico, aumentando a segurança na comparabilidade entre os grupos, uma vez que variáveis que poderiam influenciar o desenvolvimento do repertório de habilidades sociais foram controladas. Ainda, os resultados apresentados pelo atual estudo são inovadores e apontam para novas perspectivas de atuação dentro dessa temática.

6.10. Conclusão

Os resultados do presente estudo não confirmaram a hipótese inicial de que dependentes de álcool possuem um menor repertório de habilidades sociais comparados

a seus pares. No entanto, foram encontradas diferenças no fator representante da habilidade de autocontrole da agressividade, demonstrando um pior desempenho dessa habilidade em alcoolistas e indicando que as diferenças existentes entre os grupos são restritas a um único fator. Dessa forma, sugere-se que a avaliação do repertório de habilidades sociais em pacientes alcoolistas deva ser considerada em seu tratamento e que o desenvolvimento de um treinamento das habilidades deficitárias possa ser associado ao plano terapêutico, quando tais déficits forem encontrados.

7. Estudo 3 - Estigma internalizado e Habilidades Sociais em dependentes de álcool

Diante dos resultados encontrados no Estudo 2, procedeu-se então à execução do terceiro e último objetivo do presente estudo, qual seja, investigar se o repertório de habilidades sociais desses indivíduos está relacionado ao seu índice de estigma internalizado.

7.1. Método

O presente estudo é complementar ao Estudo 2, apresentado anteriormente, sendo este um estudo exploratório, transversal e com metodologia quantitativa para análise dos dados. Sendo assim, o presente estudo utilizou a mesma amostra de dependentes de álcool (*Grupo 01*) do estudo anterior, bem como os mesmos procedimentos para coleta dos dados, uma vez que os instrumentos para o Estudo 2 e Estudo 3 foram aplicados durante a mesma entrevista.

7.2. Instrumentos

Além dos instrumentos descritos no Estudo 2 - Questionário sociodemográfico, Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) - foi acrescentado nesse estudo o seguinte instrumento:

- 1. Internalized stigma of mental illness (ISMI-BR) (ANEXO 5):** escala que avalia o estigma internalizado para doença mental, composta por 29 itens, numa escala *likert* de quatro pontos que varia de “*discordo totalmente*” até “*concordo totalmente*”, adaptada do estudo de Ritsher, Otilingam e Grajales (2003) para a população de dependentes de substâncias no Brasil (Soares, 2011). Os itens são agrupados tematicamente em cinco subescalas: S1) *Alienação*, a qual busca medir a experiência subjetiva de ser avaliado de forma inferior aos demais membros da sociedade ou ter a identidade deteriorada; S2) *Aprovação do estereótipo*, que avalia o grau de concordância dos respondentes com os estereótipos sobre doença mental; S3) *Discriminação percebida*, que busca

identificar a percepção dos respondentes da maneira como são frequentemente tratados pelos outros; S4) *Evitação social*, que busca identificar estratégias de evitação e S5) *Resistência ao estigma* que identifica como os pacientes resistem ou não aos efeitos do estigma internalizado. Os itens que compõem a última subescala possuem uma pontuação invertida. Para o cálculo do escore final e das subescalas da ISMI-BR deve-se proceder ao somatório simples das respostas de cada item, sendo que maiores escores indicam maior internalização do estigma. No presente estudo o *alfa de Cronbach* para o escore total da ISMI-BR foi $\alpha=0,84$ e para as subescalas foram: S1 $\alpha=0,66$, S2 $\alpha=0,59$, S3 $\alpha=0,62$, S4 $\alpha=0,66$ e S5 $\alpha=0,56$.

7.3. Análise dos dados

Após a consolidação do banco de dados descrita no Estudo 2, os dados foram submetidos a análises estatísticas exploratórias através de estatísticas descritivas, sendo elas: frequência absoluta (n), frequência relativa (%), média (M) e desvio padrão (DP). Para os valores *missing* na ISMI-BR foi calculada a média de resposta da questão para o grupo a qual o participante estava incluído (sexo e idade) e o valor médio foi imputado. A fim de verificar se a distribuição dos dados amostrais diferia de uma distribuição normal, optou-se por utilizar o teste *Kolmogorov-Smirnov*. Quando os pressupostos de normalidade foram preenchidos, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* para analisar a correlação entre os escores totais e das subescalas do IHS e da ISMI-BR e, quando tais pressupostos não foram observados, optou-se por utilizar o coeficiente de correlação de *Spearman*. Ainda, para avaliar a consistência interna da ISMI-BR utilizou-se o *alfa de Cronbach*.

Para as análises inferenciais foi utilizado o modelo de regressão múltipla *stepwise* tendo como variável dependente o escore geral da ISMI-BR e como variáveis explicativas dois blocos de variáveis: 1º) as variáveis sociodemográficas: sexo, status de emprego e escolaridade e 2º) os escores fatoriais (F1, F2, F3, F4 e F5) do IHS. Uma vez que o tamanho amostral não permitia a inclusão de todas as variáveis sociodemográficas no modelo de regressão múltipla, procedeu-se a realização do teste de Análise de Variância (ANOVA) para testar a influência das variáveis: idade, sexo e escolaridade sob o repertório de habilidades sociais a fim de priorizar aquelas variáveis que

exerceriam alguma influência sob esse repertório e poderiam enviesar a interpretação do modelo obtido.

Essa análise indicou que apenas o sexo apresentou um efeito principal sob o repertório de habilidades sociais ($F(1,233)= 9,59$; $p = 0,002$). Diante disso, optou-se por incluir o sexo como um das variáveis explicativas na análise de regressão múltipla. Ainda, apesar da escolaridade não ter apresentado significância estatística ($F(4,227)=1,53$; $p=0,19$) sob o repertório de habilidades sociais, optou-se por também incluí-la no modelo, uma vez que estudos apontam a influência desta variável sob o desempenho social dos indivíduos e sobre a internalização do estigma (Werner, Aviv & Barak, 2008; Caballo, 2010).

Por último, optou-se por incluir o status de emprego no modelo, diante do resultado de um estudo anterior, a qual o presente estudo faz parte, em que esta variável apresentou uma contribuição significativa para o desfecho da ISMI-BR (Ferreira, 2011). A fim de verificar pressupostos adicionais do modelo foi avaliada a existência de multicolineariedade entre as variáveis explicativas através do VIF, dependência serial dos resíduos através da estatística de Durbin-Watson, existência de heteroscedasticidade por inspeção visual dos resíduos do modelo e análise de existência de outliers multivariados no modelo. Durante a execução desta última, foi identificado um *outlier* multivariado que após a sua análise foi retirado das análises, permitindo o ajuste do modelo final apresentando todos os pressupostos requeridos. Adotou-se para todas as análises inferenciais o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

7.4. Resultados

Conforme apresentado no Estudo 2, a amostra foi predominantemente do sexo masculino (91%), casados (as) ou que viviam com companheiros (42,3%), com baixa escolaridade, sendo que 60,2% dos participantes não haviam completado o ensino fundamental e com média de 43,2 anos (DP=9). Os dados descritivos das variáveis sociodemográficas podem ser visualizados na **tabela 2** que se encontra na página 60 do Estudo 2.

Na **tabela 4** são apresentados os dados descritivos do estigma internalizado no grupo de alcoolistas caracterizado através da escala ISMI-BR.

Tabela 4 - Descrição do estigma internalizado em alcoolistas (n=122)

ISMI Total	Média	77,6
	DP	8,9
	Valor Mín.	56,0
	Valor Máx.	105,0
Subescala 1 - Alienação	Média	17,3
	DP	2,7
	Valor Mín.	10,0
	Valor Máx.	24,0
Subescala 2 - Aprovação do estereótipo	Média	18,3
	DP	2,8
	Valor Mín.	10,0
	Valor Máx.	28,0
Subescala 3 - Discriminação percebida	Média	13,7
	DP	2,3
	Valor Mín.	8,0
	Valor Máx.	20,0
Subescala 4 - Evitação social	Média	16,7
	DP	2,8
	Valor Mín.	10,0
	Valor Máx.	24,0
Subescala 5 - Resistência ao estigma	Média	11,6
	DP	2,2
	Valor Mín.	5,0
	Valor Máx.	18,0

O escore geral da ISMI-BR foi inversamente correlacionado com o escore geral do IHS, porém houve uma correlação fraca ($r=-0,21$). Ainda, percebe-se através da **tabela 5** que o fator “Conversação e desenvoltura social” do IHS foi o único fator que se correlacionou significativamente com todos os fatores da ISMI-BR, exceto com a subescala de “Resistência ao estigma”. Esta última não se correlacionou significativamente com nenhum dos fatores do IHS e seus coeficientes de correlação variaram de -0,10 a 0,01. Da mesma forma, os fatores “Enfrentamento e auto-afirmação com risco” e “Auto-exposição a desconhecidos e situações novas” do IHS também não se correlacionaram significativamente com nenhuma das subescalas da ISMI-BR. Os dados descritivos das correlações significativas são apresentados na **tabela 5** abaixo.

Tabela 5 - Correlações entre o escore total do IHS e da ISMI-BR e das subescalas da ISMI-BR e do IHS

	ISMI-BR - Total	S1- Alienação	S2-Aprovação do estereótipo	S3- Percepção de discriminação	S4 -Evitação Social
IHS - Total	-0,21 ^{a*}	-0,07 ^b	-0,23 ^{b*}	-0,18 ^{b*}	-0,14 ^b
F2 - Auto- afirmação na expressão de sentimento positivo	-0,19 ^{b*}	-0,13 ^b	-0,13 ^b	-0,25 ^{b**}	-0,19 ^{b*}
F3 - Conversação e desenvoltura social	-0,30 ^{b**}	-0,19 ^{b*}	-0,29 ^{b**}	-0,27 ^{b**}	-0,26 ^{b**}
F5 - Autocontrole da agressividade	-0,18 ^{b*}	-0,14 ^b	-0,22 ^{b*}	-0,20 ^{b*}	-0,11 ^b

* p < 0,05 e **p<0,001

^a p dado pelo coeficiente de Pearson

^b p dado pelo coeficiente de Spearman

A análise de regressão múltipla originou dois modelos explicativos, intitulados de modelo 1 e 2, resultante da combinação das variáveis explicativas: sexo, status de emprego, escolaridade e os fatores do IHS.

Modelo 1

O modelo 1 apresentou um ajuste adequado aos dados ($F=12,669$; $p=0,001$), explicando 9% da variância dos mesmos ($R^2_{\text{ajustado}} = 0,089$), sendo que somente a constante e o fator “conversação e desenvoltura social” contribuíram significativamente na explicação do escore final da ISMI-BR. Os valores dos coeficientes não padronizados (B) sugerem que o aumento de um ponto no fator “Conversação e desenvoltura social” do IHS (que varia de 0 a 4) esta associado a uma diminuição de aproximadamente 3,05 pontos no escore final da ISMI-BR ($B= -3,05$; $t = -3,56$; $p=0,001$), considerando a constante no modelo.

Modelo 2

O modelo 2 também apresentou um ajuste adequado dos dados ($F=4,321$; $p=0,04$), explicando 11% da variância dos mesmos ($R^2_{\text{ajustado}} = 0,11$). Entretanto, neste modelo duas variáveis contribuíram significativamente na explicação do escore final da ISMI-BR, sendo elas: o F3 “conversação e desenvoltura social” e F5 “autocontrole da agressividade”. Os valores dos coeficientes não padronizados (B) sugerem que ao controlar o efeito das demais variáveis presentes no modelo é possível observar que o aumento de um ponto do F3 do IHS esta associado a uma diminuição de aproximadamente 2,66 pontos ($B = -2,66$; $t=-3,56$; $p = 0,001$) no escore final da ISMI-BR e que o aumento de um ponto no F5 esta associado a uma diminuição de 1,7 pontos ($B = -1,69$; $t= -2,08$; $p = 0,04$) no escore final da ISMI-BR.

Na **tabela 6** são apresentados os coeficientes não padronizados (B) e padronizados (β) para as variáveis dos dois modelos.

Tabela 6: Modelos de regressão múltipla para ISMI-BR (n=122)

Variáveis do modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	
	B	Erro Padrão	β	p
Modelo 1				
F3 "Conversação e desenvoltura social"	-3,05	0,86	-0,31	0,001
Constante	85,15	2,26	-	0,001
Modelo 2				
F3 "Conversação e desenvoltura social"	-2,66	0,86	-0,27	0,003
F5 "Autocontrole da agressividade"	-1,69	0,82	-0,18	0,04
Constante	89,01	2,9	-	0,001

7.5. Discussão

O presente estudo assumiu como ponto de partida a hipótese inicial de que o estigma internalizado estaria inversamente correlacionado ao repertório de habilidades sociais de dependentes de álcool, uma vez que existem evidências que um maior contato e interação social estariam associados a uma diminuição do estigma (Brohan, Elgie,

Sartorius, & Thornicroft, 2010; Lysaker, Davis, Warman, Strasburger, & Beattie, 2007; Mak, et al., 2007) e, para iniciar e manter relacionamentos saudáveis, seria necessário um adequado desempenho social (Dierk, et al., 2006).

Essa hipótese foi parcialmente comprovada diante do relacionamento negativo encontrado entre as duas variáveis testadas. Resultado semelhante foi encontrado em uma amostra de pacientes com esquizofrenia e duplo diagnóstico (esquizofrenia e dependência de substâncias) no estudo de Penn, Kohlmaier e Corrigan (2000), as quais indicaram uma relação inversamente significativa entre habilidades sociais e desejo por distância social, considerada pelos autores, uma das características principais da estigmatização. Somado ao desejo por distância social, os indivíduos com menor repertório de habilidades sociais eliciaram maior percepção de estranheza entre os participantes do estudo (Penn, Kohlmaier & Corrigan, 2000).

É provável que essa relação seja de múltipla influência, ou seja, ao possuir um repertório de habilidades sociais satisfatório, o indivíduo estigmatizado conseguiria interagir de forma adequada com o meio social em que está inserido, reduzindo sentimentos de alienação e de comportamentos de retirada e isolamento social, características do estigma internalizado. Por outro lado, a estigmatização dificultaria o envolvimento social deste público, despertando no estigmatizador o desejo por distância social de grupos estigmatizados, limitando a oportunidade destes desenvolverem e praticarem suas habilidades sociais (Dierk, et al., 2006). Sugere-se que mais estudos sejam conduzidos a fim de melhor explorar essa relação, buscando identificar a direção do relacionamento entre as variáveis estudadas e compreender se existe uma relação de causalidade entre as mesmas.

Faz-se importante justificar que apesar de ter sido encontrado mais de um modelo explicativo neste estudo, optou-se por considerar o modelo 1 mais adequado, visto que a subescala de “autocontrole da agressividade” presente no modelo 2 não apresentou qualidades psicométricas satisfatórias para a amostra de alcoolistas, podendo ser devido ao fato da existência de itens nesse fator que, apesar de terem se mostrado relevantes para universitários (amostra de validação do instrumento), não se mantêm relevantes para dependentes de álcool e, portanto, considerá-los poderia gerar um viés de interpretação. A condução de pesquisas qualitativas poderia contribuir para determinar quais itens são representativos para as habilidades de autocontrole da agressividade em uma amostra específica de dependentes de substâncias.

Ainda, é preciso considerar que a internalização do estigma é um fenômeno que recebe influência de diversos fatores, tais como sintomas depressivos (Yen, et al., 2005), consciência de sua condição e maior atribuição de responsabilidade pessoal pelo surgimento da mesma (Mak & Wu, 2006) baixa autoestima (Lysaker, Vohs & Tsai, 2009), baixa autoeficácia (Li, Lee, Thammawijaya, Jiraphongsa, & Rotheram-Borus, 2009), entre outros, não podendo resumir essa influência somente ao repertório de habilidades sociais. Nesta direção, os resultados deste estudo indicaram que apenas 9% da variância do estigma internalizado podem ser explicados a partir da habilidade de conversação e desenvoltura social do indivíduo e que o aumento dessa habilidade pode contribuir na diminuição do estigma internalizado.

O processo de internalização do estigma ocorre através da interação do indivíduo estigmatizado com o estigmatizador, e, portanto, conforme os resultados apontam, um repertório de habilidades sociais insatisfatório conduziria o estigmatizado a estabelecer uma interação social desconfortável (Corrigan & Kleinlein, 2005) levando o estigmatizador a reforçar a ideia de estranheza e diferença direcionada àquele indivíduo, reforçando a ideia de que o mesmo pertence a um grupo social diferente do que ele, e assim, atribuir ao mesmo características negativas e indesejáveis (Penn, Kohlmaier & Corrigan, 2000). Posteriormente, através dessa percepção de estigmatização, o indivíduo internalizaria tais crenças e as direcionaria a si mesmo, constituindo o estigma internalizado.

No entanto, apesar do modelo encontrado, a hipótese de que todos os fatores do IHS se correlacionariam com o escore final da ISMI-BR não foi totalmente confirmada, uma vez que os fatores de “Enfrentamento e autoafirmação com risco” e “Autoexposição a desconhecidos e situações novas” não se relacionaram a nenhuma das subescalas da ISMI-BR e nem ao escore total da mesma. O primeiro fator refere-se à capacidade de lidar com situações interpessoais que demandam a afirmação e defesa de direitos e autoestima com risco potencial de reação indesejável por parte do interlocutor (Del Prette & Del Prette, 2001) e o segundo, refere-se à abordagem de pessoas desconhecidas com maior risco de reação indesejável.

Tais fatores aparentemente não tem relação com a internalização do estigma, no entanto, os itens que compõem estes fatores, tais como fazer apresentações ou palestras a um público desconhecido, pedir favores, fazer perguntas a desconhecidos, entre outros, podem não representar as habilidades de autoexposição a situações novas que são afetadas pelo estigma internalizado. Sabe-se que o comportamento humano é

moldado por suas expectativas em relação à emissão de determinado comportamento (Del Prette & Del Prette, 1999), influenciando o desenvolvimento e a emissão de comportamentos habilidosos. Sendo assim, a expectativa de rejeição e discriminação gerada pela internalização do estigma pode impedir que o sujeito se arrisque em comportamento de autoexposição, e conseqüentemente não perceba dificuldades nessa classe de habilidades.

Ainda, parece razoável supor que as habilidades que causariam uma maior estranheza no contato social concentram-se no fator “conversação e desenvoltura social” composto por itens que se referem ao conhecimento das normas de relacionamento cotidiano para o desempenho de habilidades. Corroborando esta hipótese, este fator foi o que se relacionou com o maior número de subescalas da ISMI-BR e o único que apresentou uma contribuição significativa para a explicação do estigma internalizado.

Por outro lado, a subescala de “Resistência ao estigma” da ISMI-BR também não se correlacionou com nenhum dos fatores de habilidades sociais. No entanto, essa subescala apresenta qualidades psicométricas inferiores às demais subescalas, já identificadas no estudo de validação do instrumento para o contexto brasileiro (Soares, 2011) e no estudo original de construção da referida escala (Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003), indicando a necessidade de uma investigação mais acurada sobre a representatividade dos seus itens para o processo de internalização do estigma.

Outro resultado que merece destaque diz respeito à presença de estigma internalizado na amostra estudada. Apesar de a escala utilizada para mensurar tal constructo não apresentar uma normatização dos escores (Soares, 2011), os dados encontrados sugerem que foi experimentado algum nível de estigma internalizado pelos dependentes de álcool, visto que a pontuação média da ISMI-BR foi de 77,3 pontos, superior à média encontrada em estudos que avaliaram o estigma em grupos reconhecidamente estigmatizados, tais como esquizofrenia que alcançou a média de 62,1 pontos no estudo de Margetic, et al. (2010) e negros, com média de 65,9 pontos (Brown, et al., 2010).

7.6. Limitações do estudo

Além das limitações apontadas no Estudo 2, que também se referem à esse estudo, acrescenta-se que a ausência de normatização da ISMI-BR não permitiu que conclusões acerca da intensidade da internalização do estigma nessa amostra possam ser

retiradas, possibilitando apenas a comparação com outros grupos estigmatizados. Apesar dos poucos estudos existentes na literatura acerca da internalização do estigma em alcoolistas, faz-se necessário o aumento de investimentos nessa área, diante das evidências de que esse público sofre com esse fenômeno. Ainda com relação aos instrumentos utilizados, outra limitação diz respeito ao Inventário de Habilidades Sociais, a qual apresentou, para algumas subescalas, baixa qualidade psicométrica, levando a necessidade de construção de um instrumento que consiga avaliar mais precisamente as habilidades importantes para esse grupo.

Por último, outras variáveis que não foram investigadas nesse estudo podem exercer um papel importante no processo de internalização do estigma e, portanto, devem ser incluídas em estudos futuros. Para a presente pesquisa, não foi possível contemplar outras variáveis, visto que o objetivo central era analisar a relação entre estigma internalizado e habilidades sociais.

Apesar das limitações, os resultados obtidos são inovadores, diante da ausência de estudos disponíveis que avaliem a relação entre as duas variáveis em uma amostra de dependentes de álcool. Ainda, são indicadas novas perspectivas de estudo e intervenções, que possam incluir, dentre as variáveis investigadas, o desempenho social destes indivíduos.

7.7. Conclusões

Os resultados desse estudo confirmam parcialmente a hipótese inicial, visto que o repertório de habilidades sociais foi inversamente correlacionado com o estigma internalizado. Entretanto, essa correlação foi específica para algumas habilidades, indicando que é preciso se atentar a quais habilidades influenciam e sofrem o impacto da internalização desse fenômeno. Ainda, a habilidade de conversação e desenvoltura social apresentou-se como uma variável explicativa significativa do estigma internalizado, e, portanto, faz-se importante que ela seja considerada no tratamento dessa população, podendo atuar como uma importante ferramenta para o enfrentamento desse fenômeno.

8. REFERÊNCIAS

- Abou-Saleh, M. T. (2006). Substance use disorders: recent advances in treatment and models of care. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 305-310.
- Abreu-Rodrigues, M., & Seidl, E. M. F. (2008). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia*, 18(40), 279-288.
- Ahern, J., Stuber, J. & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 188–196.
- Alexandre, N. L., Del Rio, M. P. & Pol, A. P. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16(4), 1-6.
- Aliane, P. P., Lourenço, L. M. & Ronzani, T. M. (2006). Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 83-88.
- Alwyn, T., John, B., Hodgson, R. J. & Phillips, C. J. (2004). The addition of a psychological intervention to a home detoxification programme. *Alcohol and Alcoholism*, 39(6), 536-541.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.
- Andrade, A. G., Duarte, P. C. A. V. & Oliveira, L. G. (2010). *I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Andrade, G.R.B. & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934.
- Andrade, T. M. & Espinheira, C.G.D.A.G. (2008) *A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira*. In P.C.A.V. Duarte & M.L.O. Formigoni, SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, Brasília: SENAD.
- Ball, S. A., Jaffe, A. J., Crouse-Artus, M. S., Rounsaville, B. J. & O'Malley, S. S. (2000). Multidimensional subtypes and treatment outcome in first-time DWI offenders. *Addictive Behaviors*, 25(2), 167-181.

- Ball, S. A., Todd, M., Tennen, H., Armeli, S., Mohr, C., Affleck, G. et al. (2007). Brief motivational enhancement and coping skills interventions for heavy drinking. *Addictive Behaviors, 32*(6), 1105-1118.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1993). Cognitive Model of Addiction. In A. T. Beck, F. D. Wright, Newman, C. F. & B. S. Liese, *Cognitive therapy of substance abuse* (pp. 22-41). New York: The Guilford Press.
- Boas, A. C. V. B. V. & Bolsoni-Silva, A. T. (2010). Habilidades sociais educativas de mães separadas e sua relação com o comportamento de pré-escolares. *Psico-USF, 15*(3), 301-310.
- Bolsoni-Silva, A. T. & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia, 7*(2), 227 - 235.
- Bolsoni-Silva, A. T., Marturano, E. M. & Freiria, L. R. B. (2009). Indicativos de Problemas de Comportamento e de Habilidades Sociais em Crianças: Um Estudo Longitudinal. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 23*(3), 506-515.
- Bradizza, C. M., Maisto, S. A., Vincent, P. C., Stasiewicz, P. R., Connors, G. J. & Mercer, N. D. (2009). Predicting Post-Treatment-Initiation Alcohol Use Among Patients With Severe Mental Illness and Alcohol Use Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1147-1158.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research, 122*(1-3), 232-238.
- Brown, C., Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N., Beach, S., Battista, D. & Reynolds, C.F. (2010). Depression stigma, race, and treatment seeking behavior and attitudes. *Journal of Community Psychology, 38*(3), 350-368.
- Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwarz, R., Strauss, W. & Gaebel, W. (2002). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*(3), 227-232.
- Burtscheidt, W., Wolwer, W., Schwarz, R., Strauss, W. & Gaebel, W. (2002). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*(3), 227-232.

- Burtscheidt, W., Wölwer, W., Schwarz, R., Strauss, W., Löll, A., Lüthcke, H., et al. (2001). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: Relapse rates after 6 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 24-29.
- Caballo, V. E. (2010). *Manual de avaliação e treinamento das Habilidades Sociais*. São Paulo: Santos.
- Carneiro, R. S. & Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 119-126.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z. A. & Del Prette, A. (2006). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Caudill, B. D., Luckey, B., Crosse, S. B., Blane, H. T., Ginexi, E. M. & Campbell, B. (2007). Alcohol risk-reduction skills training in a national fraternity: A randomized intervention trial with longitudinal intent-to-treat analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(3), 399-409.
- Cia, F. & Barham, E. J. (2009). Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho acadêmico de crianças no início da escolarização. *Estudos de Psicologia*, 26(1), 45-55.
- Cia, F., Pamplin, R. C. O. & Del Prette, Z. A. P. (2006). Comunicação e participação pais-filhos: correlação com habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. *Paidéia*, 16(35), 395 - 406.
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Pihl, R. O., Cote, S., Fontaine, V. & Dongier, M. (2000). Efficacy of brief coping skills interventions that match different personality profiles of female substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 231-242.
- Cooney, N. L., Litt, M. D., Kadden, R. M. & Getter, H. (1991). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-year follow-up results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(4), 598-601.
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625
- Corrigan, P. W. & Kleinlein, P. (2005). The Impact of Mental Illness Stigma. In P. W. Corrigan & P. Kleinlein, *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. (pp. 11-44): Washington: American Psychological Association.

- Corrigan, P. W. & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(1), 42-48.
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P., Lurie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K. & Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56, 544-550.
- Costa, J. S. D., Silveira, M. F., Gazalle, F. K., Oliveira, S. S., Hallal, P. C., Menezes, A. M. B., et al. (2004). Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 284-291.
- Cunha, S. M., Carvalho, J. C. N., Kolling, N.M., Silva, C. R. & Kristensen, C. H. (2007). Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(1), 28-41.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1996). Habilidades Sociais: Uma área em desenvolvimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9(2), 233-255.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1997). Um programa de desenvolvimento de habilidades sociais na formação continuada do professor. *Associação Nacional de Pesquisa em Educação, CD-Room "Melhores Trabalhos"*.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e educação* (3ª ed.). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2003). *Habilidades Sociais, Desenvolvimento e Aprendizagem*. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das Habilidades Sociais na infância*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2006). Psicologia educacional, forense e com adolescentes em risco: Prática na avaliação e promoção de habilidades sociais. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 99 - 104.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z.A.P (2011). *Habilidades Sociais: Intervenções efetivas em grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Dierk, J.M., Conradt, M., Rauh, E., Schlumberger, P., Hebebrand, J., & Rief, W. (2006). What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills, and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 219-227.
- Duarte, P. C. A. V., Stempluk, V. A. & Barroso, L. P. (2009). *Relatório Brasileiro sobre Drogas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- El-Bassel, N., Ivanoff, A., Schilling, R. F., Gilbert, L., & Chen, D. R. (1995). Correlates of problem drinking among drug-using incarcerated women. *Addictive Behaviors*, 20(3), 359-369.
- Fachini, A., & Furtado, E. F. (2011). Diferenças de gênero sobre expectativas do uso de álcool. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(2), 68-73.
- Falloon, I. R. H., Lindley, P., McDonald, R. & Marks, I. M. (1977). Social skills training of out-patient groups. A controlled study of rehearsal and homework. *British Journal of Psychiatry*, 131(12), 599-609.
- Ferreira, G.C.L. (2011). *Estigma internalizado e fatores sociodemográficos de dependentes de substâncias que buscam tratamento*. Monografia não publicada. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.
- Formigoni, M. L. O. S. & Duarte, P. C. A. V. (2009). *Fé na prevenção: prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X. & Booth, B. M. (2004). Factors Associated With Perceived Stigma for Alcohol Use and Treatment Among At-Risk Drinkers. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(4), 418-429.
- Forys, K., McKellar, J. & Moos, R. (2007). Participation in specific treatment components predicts alcohol-specific and general coping skills. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1669-1680.
- Foy, D. W., Miller, P. M., Eisler, R. M. & O'Toole, D. H. (1976). Social skills training to teach alcoholics to refuse drinks effectively. *Journal of Studies on Alcohol*, 37(9), 1340-1345.
- Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Fonseca, A. M. & Carlini, E. A. (2005). *V Levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras*, São Paulo: CEBRID.

- Gallassi, A. D., Alvarenga, P. G., Andrade, A. G. & Couttolenc, B. F. (2008). Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(Supl I), 25-30.
- Geib, B. D., & Corrigan, P. W. (2008). How managers can lower mental illness costs by reducing stigma. *Business Horizons*, 51, 293-300.
- Gigliottia, A. & Bessa, M. A. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 11-13.
- Goffman, E. (1978). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (2^a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Guzman, R., Leonard, N. R., Gwadz, M. V., Young, R., Ritchie, A. S., Arredondo, G., et al. (2006). "I thought there was no hope for me": A behavioral intervention for urban mothers with problem drinking. *Qualitative Health Research*, 16(9), 1252-1266.
- Kadden, R. M., Cooney, N. L., Getter, H., & Litt, M. D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(6), 698-704.
- Kranzler, H. R., Tennen, H., Penta, C. & Bohn, M. J. (1997). Targeted naltrexone treatment of early problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 22(3), 431-436.
- Krüger, H. (2004). Cognição, estereótipo e preconceitos sociais. In M.E.O. Lima & M.E. Pereira, *Estereótipos, Preconceitos e Discriminação: Perspectivas teóricas e Metodológicas*, (pp. 23-40), Salvador: EDUFBA.
- 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 (SENAD).
- Li, L., Lee, S. J., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C., & Rotheram-Borus, M. J. (2009). Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/HIV*, 21(8), 1007-1013.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (1999). Labeling and Stigma. In C. S. Aneshensel & J.C. Phelan (Ed.), *Handbook of Sociology of Mental Health* (pp. 481-494). New York: Plenum Publishers.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Rev. Sociol*, 27, 363 - 385.

- Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: an Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B. A. (1999). Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J. C. (2001). The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illness *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C. & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(June), 177-190.
- Litt, M. D., Kadden, R. M. & Kabela-Cormier, E. (2009). Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: Results of an initial study to train coping skills. *Addiction*, 104(11), 1837-1848.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L. & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 118-128.
- Livingston, J. D. & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., et al. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32, 1331-1346.
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Warman, D. M., Strasburger, A. & Beattie, N. (2007). Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations across 6 months. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 89-95.
- Lysaker, P.H., Vohs, J.L. & Tsai, J.(2009). Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 165-172.

- Magnabosco, M.B., Formigoni, M.L.O.S., Ronzani, T.M.(2007). Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(4): 637-47.
- Maia, J.M.D., Del Prette, A. & Freitas, L.C. (2008). Habilidades sociais de pessoas com deficiência visual. *Revista Brasileira de terapias cognitivas*, 4(1).
- Maisto, S. A., Connors, G. J., & Zywiak, W. H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 257-266.
- Maisto, S. A., Zywiak, W. H., & Connors, G. J. (2006). Course of functioning 1 year following admission for treatment of alcohol use disorders. *Addictive Behaviors*, 31(1), 69-79.
- Mak, W. W. S., Cheunga, R. Y. M., Lawb, R. W., Wooo, J., Lic, P. C. K., & Chungc, R. W. Y. (2007). Examining attribution model of self-stigma on social support and psychological well-being among people with HIV+/AIDS. *Social Science & Medicine*, 64(8), 1549-1559.
- Mak, W.W.S. & Wu, C.F.M. (2006). Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(12), 1800-1802.
- Margetic, B.A., Jakovljević, M., Ivanec, B., Margetić, B., Tošić, G. (2010). Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 51 (2010) 603–606.
- Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (2005). *Relapse Prevention*. Nova Yorque: The Guilford Press.
- Martins, L. F., Silveira, P. S., Soares, R. G., Gomide, H. P., & Ronzani, T. M. (2010). Moralização sobre o uso de álcool entre estudante de curso de saúde. *Estudos de Psicologia*, 15(1), 33-41.
- Ministério da Saúde (2004). A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Monteiro, C.F.S., Albuquerque, I.E.M., Fé, L.C.M., Silva, M.G., Moreira, M.A.C. & Passamani, M.C.(2011). Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em Caps-ad do Piauí. *Revista de Enfermagem Escola de Enfermagem Anna Nery*, 15(1), 90-95.

- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Swift, R. M., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Mueller, T. I. et al. (2001). Naltrexone and cue exposure with coping and communication skills training for alcoholics: treatment process and 1-year outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*, 25(11), 1634-1647.
- Morgenstern, J., Irwin, T. W., Wainberg, M. L., Parsons, J. T., Muench, F., Bux, D. A., Jr., et al. (2007). A randomized controlled trial of goal choice interventions for alcohol use disorders among men who have sex with men. *J Consult Clin Psychol*, 75(1), 72-84.
- Neves, D. P. (2004). Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Caderno de Saúde Pública*, 20(1), 7-36.
- Oei, T. P. S. & Jackson, P. R. (1982). Social skills and cognitive behavioral approaches to the treatment of problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 43(5), 532-547.
- Oei, T. P. S. & Jackson, P. (1980). Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. *Addictive Behaviors*, 5(2), 129-136.
- Oliveira, M.C & Ronzani, T.M. (2012). Estigmatização e Prática de Profissionais da APS Referentes ao Consumo de Álcool. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 648-661.
- O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Chang, G., Schottenfeld, R. S., Meyer, R. E., & Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 49(11), 881-887.
- O'Malley, S. S., Sinha, R., Grilo, C. M., Capone, C., Farren, C. K., McKee, S. A., et al. (2007). Naltrexone and cognitive behavioral coping skills therapy for the treatment of alcohol drinking and eating disorder features in alcohol-dependent women: A randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4), 625-634.
- Pechansky, F., Duarte, P. D. A. V., & Boni, R. B. (2010). *Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos*. Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Peluso, É.T. P. & Blay, S. L. (2008). Public Perception of Alcohol Dependence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 19-24.

- Penn, D. L., Kohlmaier, J. R., & Corrigan, P. W. (2000). Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: Social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophrenia Research*, 45(1-2), 37-45.
- Pereira, M. E. (2008). Cognição, categorização, estereótipos e vida urbana. *Ciências & Cognição*, 13(3), 280-287.
- Pinsky, I. & Jundi, S. A. R. J. E. (2008). O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 362-374.
- Ponce, J.C. & Leyton, V. (2008). Drogas ilícitas e trânsito: problema pouco discutido no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 65-69.
- Rist, F. & Watzl, H. (1983). Self assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. *Addictive Behaviors*, 8(2), 121-127.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L. & Jablonski, B. (2005). *Psicologia Social*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Binkoff, J. A., et al. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6- and 12-month outcomes. *Addiction*, 96(8), 1161-1174.
- Ronzani, T. M. (2007). A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: Qual o Papel das Crenças? *Revista Brasileira De Educação Médica*, 31(1), 38-43.
- Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 59, 326-332.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., et al. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *British Journal of Psychiatry*, 195(6), 551-552.

- Sanchez, Z. M., Oliveira, L. G. & Nappo, S. A. (2004). Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 599-605.
- Sardinha, A., Falcone, E. M. O. & Ferreira, M. C. (2009). As Relações entre a Satisfação Conjugal e as Habilidades Sociais percebidas no Cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 395-402.
- Scali, D. F. & Ronzani, T. M. (2007). Estudo das expectativas e crenças pessoais acerca do uso de álcool. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 3(1), 1 - 14.
- Scaturro, D. J., & LeSure, K. B. (1985). Symptomatic correlates of alcohol abuse as a presenting problem. *Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 118-123.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112.
- Sears, P. M., Pomerantz, A. M., Segrist, D. J., & Rose, P. (2011). Beliefs about the biological (vs. nonbiological) origins of mental illness and the stigmatization of people with mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(2), 109-119.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2009). Stigma Resistance in Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 316-323.
- Silva, C. S., Ronzani, T. M., Furtado, E. F., Aliane, P. P. & Moreira-Almeida, A. (2010). Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 152-156.
- Silva, L. V. E. R., Malbergier, A., Stempluk, V. A., & Andrade, A. G. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 280-288.
- Silveira, P. S. (2010). *Estigmatização do uso de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde de Juiz de Fora*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.
- Silveira, P.S., Martins, L.F., Ronzani, T.M. (2009). Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Teoria e prática*, 11(1): 62-75.
- Soares, R.G. (2011). *Validação da versão brasileira da “escala de estigma internalizado de transtorno mental (ISMI) adaptada para dependentes de*

- substâncias*". Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.
- Torres, L. B., Mares, M. F., Medina-Mora, M. E. & Velázquez, H. A. (2007). Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas, *Salud Mental*, 20(3), 29-38.
- Verhaeghe, M., Bracke, P. & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 206-218.
- Villa, M. B., Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2007). Habilidades sociais conjugais e filiação religiosa: um estudo descritivo. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 23 - 32.
- Vogel, D. L., Wade, N. G. & Haake, S. (2006). Measuring the Self-Stigma Associated with Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325-337.
- Vyavaharkar, M., Moneyham, L., Corwin, S., Saunders, R., Annang, L., & Tavakoli, A. (2010). Relationships Between Stigma, Social Support, and Depression in HIV-Infected African American Women Living in the Rural Southeastern United States. *Janac-Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 21(2), 144-152
- Wagner, M. F., Silva, J. G., Zanettelo, L. B. & Oliveira, M. S. (2010). O uso da maconha associado ao déficit de habilidades sociais em adolescentes. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6(2), 255 - 273.
- Wagner, M.F. & Oliveira, M.S. (2007). Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicologia Clinica*, 19(2), 101 – 116.
- Walton, M. A., Goldstein, A. L., Chermack, S. T., McCammon, R. J., Cunningham, R. M., Barry, K. L., et al. (2008). Brief alcohol intervention in the emergency department: Moderators of effectiveness. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(4), 550-560.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E. & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318.
- Werner, P., Aviv, A. & Barak, Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 174-187.
- Werner, P., Stein-Shvachman, I., & Heinik, J. (2009). Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1180-1189.

- WHO (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- WHO (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Wolwer, W., Burtscheidt, W., Redner, C., Schwarz, R. & Gaebel, W. (2001). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: impact of personality disorders and cognitive impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 30-37.
- Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Yen, J. Y., & Ko, C. H. (2005). Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatric Services*, 56(5), 599-601.
- Zielinski, J. J. (1979). Psychological test data of depressed, non depressed and relapsed alcoholics receiving pharmacological aversion. *British Journal of Addiction*, 74(2), 175-182.

ANEXOS

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO DEPENDENTES DE ÁLCOOL



PÓLO DE PESQUISA EM PSICOLOGIA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: TELMO MOTA RONZANI
ENDEREÇO: RUA JOHANN STRAUSS, 120. COND. SÃO LUCAS - CEP: 36036-647, SÃO PEDRO - Telefone:
(32) 8844.2252
POLLYANNA SANTOS DA SILVEIRA
RUA DOM SILVÉRIO, 205/301 – ALTO DOS PASSOS – JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS
CEP: 36100-00 – Telefone: (32) 8845-6809 E-MAIL: pollyannapsi@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Estigma internalizado entre usuários de álcool e drogas em tratamento”. Estão sendo selecionados todos os indivíduos que deram entrada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) no mês atual e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o serviço de saúde. O objetivo deste estudo é avaliar a auto-percepção e crenças de indivíduos que buscam tratamento para problemas relacionados ao uso de substâncias, contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento do conhecimento em relação ao auto-estigma.

A sua participação na pesquisa consistirá em uma entrevista estruturada com duração aproximada de 40 minutos.

Os benefícios relacionados com a sua participação são para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico. Essa participação também não consta qualquer ressarcimento ou privilégio — seja ele de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza — aos voluntários que participarem desta pesquisa. Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa são considerados mínimos, entretanto, caso ocorra algum tipo de prejuízo, você poderá entrar em contato com o pesquisador principal e/ou Comitê de Ética.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que os questionários são sigilosos, e não são identificados, estando à sua disposição quando finalizada a pesquisa.

Os dados e os materiais utilizados na pesquisa ficarão na UFJF no Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva - ICH, onde estará seguro e trancado, visto que ninguém terá o acesso, somente os pesquisadores. Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e artigos científicos da área. Você receberá uma cópia deste Termo, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador, onde consta o

telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Estigma internalizado entre usuários de álcool e drogas em tratamento” 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 desse estudo. 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 201_.

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Nome Assinatura testemunha Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO DE NÃO DEPENDENTES DE ÁLCOOL



CENTRO DE REFERÊNCIA EM PESQUISA, INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO EM ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: TELMO MOTA RONZANI E FLAVIANE BEVILAQUA FELICISSIMO
ENDEREÇO: Rua José Lourenço Kelmer, s/n - Campus Universitário, Bairro São Pedro - CEP: 36036-900 - Juiz de
Fora – MG
CONTATO: flavianejf@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Habilidades Sociais e Estigma internalizado em alcoolistas”. Estão sendo selecionados todos os indivíduos que procuram algum atendimento nas Unidades de Atenção Primária à Saúde no mês atual e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o serviço de saúde. O objetivo deste estudo é avaliar se existem diferenças quanto ao repertório de habilidades sociais de indivíduos dependentes e não dependentes de álcool, contribuindo, assim, para o desenvolvimento do conhecimento em relação a essa temática. A sua participação na pesquisa consistirá em uma entrevista estruturada com duração aproximada de 20 minutos.

Os benefícios relacionados com a sua participação são para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico. Essa participação também não consta qualquer ressarcimento ou privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza, aos voluntários que participarem desta pesquisa. Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa são considerados mínimos, entretanto, caso ocorra algum tipo de prejuízo, você poderá entrar em contato com o pesquisador principal e/ou Comitê de Ética.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que os questionários são sigilosos, e não são identificados, estando à sua disposição quando finalizada a pesquisa.

Os dados e os materiais utilizados na pesquisa ficarão na UFJF no Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas - CREPEIA, onde estará seguro e trancado, visto que ninguém terá acesso, somente os pesquisadores. Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e artigos científicos da área. Você receberá uma cópia deste Termo, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador, onde consta o contato do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos “Habilidades Sociais e Estigma internalizado em alcoolistas” 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 desse estudo. 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 2012.

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO 3 - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 057/2010

Protocolo CEP-UFJF: 1998.057.2010 **FR:** 319506 **CAAE:** 0577.0.000.180-10

Projeto de Pesquisa: Estigma internalizado entre usuários de álcool e outras drogas em tratamento.

Area Temática: Grupo III.

Pesquisador Responsável: Telmo Mota Ronzani.

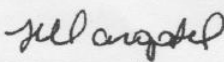
Pesquisadores Participantes: Ana Regina Noto, Pollyanna Santos da Silveira, Rhaisa Gontijo Soares, Henrique Pinto Gomide, Thais Medeiros Lopes e Fabricia Creton Nery.

Instituição: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD da Prefeitura de Juiz de Fora.

Sumário/comentários do protocolo:

- Justificativa(s): Trata-se de temática relevante para o avanço científico sobre a magnitude dos efeitos do estigma internalizado entre os dependentes de substâncias, na realidade brasileira.
 - Objetivo(s): O objetivo geral é avaliar a relação entre estigma internalizado e características psicossociais dos dependentes de substâncias ao procurarem tratamento para esta condição. Os objetivos apresentados estão compatíveis com a proposta do projeto.
 - Metodologia: Serão avaliados 290 indivíduos em tratamento, em nível ambulatorial, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da Prefeitura de Juiz de Fora. Os instrumentos de pesquisa utilizados entre os participantes, com idade acima de 18 anos, serão compostos por questionários estruturados validados para a população brasileira, aplicados por meio de entrevista. A pesquisa é do tipo exploratória, transversal de metodologia quantitativa e sustenta a realização do projeto.
 - Revisão e referências: As referências sustentam o todo projeto de pesquisa.
 - Lista de centros participantes no Brasil: Um.
 - Países participantes: Um.
 - Orçamento: O orçamento está adequado para o desenvolvimento da pesquisa.
 - Cronograma: Está coerente para o desenvolvimento da pesquisa.
 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE: Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito, descreve os procedimentos, explica os riscos e informa o sujeito da pesquisa como fazer contato com o pesquisador. E, segue a Res. 196/96 CNS.
 - Qualificação do pesquisador: O pesquisador responsável apresenta experiência para o pleno desenvolvimento da pesquisa.
 - Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.
- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado.
Juiz de Fora, 20 de maio de 2010


Prof. Dra. Iêda Maria Ávila Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ___/___/2010

ASS: _____

ANEXO 4 - MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI)

QUESTIONÁRIO AUTO-ESTIGMA

ID: TEMPO INÍCIO: TÉRMINO:



A1) Mini Entrevista Neuropsiquiátrica (M.I.N.I)

Ir diretamente ao(s) quadro(s) diagnóstico(s), assinalar não em cada um e passar ao módulo seguinte

A1	Nos últimos 12 MESES, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	Sim	Não	1
-----------	--	-----	-----	---

A2	Durante os últimos 12 MESES:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	Sim	Não	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado(a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca?	Sim	Não	3
COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO				
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	Sim	Não	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	Sim	Não	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo, ou se recuperando dos efeitos do álcool?	Sim	Não	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	Sim	Não	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	Sim	Não	8




h	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A2 ?	Sim	Não
----------	--	-----	-----

Dependência

QUESTIONÁRIO AUTO-ESTIGMA

Ir diretamente ao(s) quadro(s) diagnóstico(s), assinalar não em cada um e passar ao módulo seguinte

B. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

B1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 MESES, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar "de cabeça feita / chapado"?	Sim	Não 
-----------	---	-----	---

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes: anfetaminas, "speed", ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, "coca", crack, pó, folha de coca.

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina.

Alucinogêneos: L.S.D., "ácido", mescalina, PCP, "pó de anjo", "cogumelos", ecstasy.

Solventes voláteis: "cola", éter.

Canabinóides: cannabis, "erva", maconha, "baseado", haxixe, THC.

Sedativos (sem receita médica): Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos.

Diversos: Anabolizantes, esteróides, "poppers". Toma outras substâncias?

a) ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) MAIS CONSUMIDA(S): _____

b) ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):

CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):

SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

QUESTIONÁRIO AUTO-ESTIGMA

B2	Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] durante os últimos 12 MESES :			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito?	Sim	Não	1
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso(a), irritável ou deprimido(a)? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	Sim	Não	2
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia?	Sim	Não	3
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?	Sim	Não	4
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 HORAS tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ?	Sim	Não	5
f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s)?	Sim	Não	6
g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	Sim	Não	7



h	HA PELO MENOS 3 RESPOSTA "SIM" EM B2 ? ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):	Sim	Não
----------	---	-----	-----

Dependência

ANEXO 5 - INTERNALIZED STIGMA OF MENTAL ILLNESS ADAPTADA PARA DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS NO BRASIL (ISMI-BR)

QUESTIONÁRIO AUTO-ESTIGMA

C) Auto-Estigma (ISMI)

Neste questionário, será usado o termo “dependente de substâncias”, mas, por favor, PENSE NISTO USANDO O TERMO QUE VOCÊ ACHA QUE MELHOR SE APLICA.

Para cada questão, por favor, diga se você discorda totalmente (1), discorda (2), concorda (3), ou concorda totalmente (4).

Proposições	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Você se sente fora de lugar no mundo por ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
2. Pessoas com dependência de substâncias tendem a ser violentas.	1	2	3	4
3. As pessoas te discriminam por você ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
4. Você evita se aproximar das pessoas que não tem dependência de substâncias para evitar rejeição.	1	2	3	4
5. Você fica envergonhado ou constrangido por ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
6. Pessoas com dependência de substâncias não deveriam se casar.	1	2	3	4
7. As pessoas com dependência de substâncias fazem importantes contribuições para a sociedade.	1	2	3	4
8. Você se sente inferior aos outros que não possuem dependência de substâncias.	1	2	3	4
9. Você não se socializa tanto quanto você costumava porque sua dependência de substâncias poderia te fazer parecer ou se comportar “estranho”.	1	2	3	4
10. Pessoas com dependência de substâncias não podem viver uma vida boa, uma vida satisfatória.	1	2	3	4
11. Você não fala muito sobre você mesmo porque você não quer incomodar os outros com a sua dependência de substâncias.	1	2	3	4
12. Imagens negativas sobre a dependência de substâncias te mantém afastado do mundo “normal”.	1	2	3	4
13. Estar rodeado por pessoas que não tem uma dependência de substâncias te faz sentir fora de lugar ou inadequado.	1	2	3	4
14. Você se sente à vontade quando está em público na companhia de uma pessoa considerada dependente de substâncias.	1	2	3	4
15. As pessoas freqüentemente te tratam com condescendência, ou te tratam como criança apenas porque você tem uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
16. Você está desapontado consigo mesmo por ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
17. Ter uma dependência de substâncias tem prejudicado sua vida.	1	2	3	4
18. As pessoas percebem que você tem uma dependência de substâncias pela sua aparência.	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO AUTO-ESTIGMA

Proposições	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
19. Por você ter uma dependência de substâncias você precisa que os outros tomem a maioria das decisões por você.	1	2	3	4
20. Você evita situações sociais para proteger sua família ou amigos do constrangimento.	1	2	3	4
21. Pessoas sem dependência de substâncias possivelmente não conseguiriam te compreender.	1	2	3	4
22. As pessoas te ignoram ou não te levam a sério apenas porque você tem uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
23. Você não pode contribuir com nada para a sociedade por você ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
24. Viver com uma dependência de substâncias te tornou um forte sobrevivente.	1	2	3	4
25. Ninguém se interessaria em se aproximar de você porque você tem uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
26. Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer.	1	2	3	4
27. Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de sua dependência de substâncias.	1	2	3	4
28. Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida por você ter uma dependência de substâncias.	1	2	3	4
29. As imagens sobre os dependentes de substâncias se aplicam a você.	1	2	3	4

ANEXO 6 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO AUTO-ESTIGMA

I) Questionário Sócio-demográfico		
1. Gênero <input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino	2. Idade <input type="text"/> <input type="text"/> Anos	3. Estado Civil <input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. Casado(a)/Vive com companheiro(a) <input type="checkbox"/> 3. Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4. Viúvo(a)
4. Profissão Qual? _____	5. Atualmente, você está trabalhando? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	
6.1 Renda Familiar: <input type="checkbox"/> 1. Até um salário mínimo <input type="checkbox"/> 2. De 1 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> 3. De 3 a 6 salários mínimos <input type="checkbox"/> 4. De 6 a 10 salários mínimos <input type="checkbox"/> 5. Mais de 10 salários mínimos	7. Escolaridade: <input type="checkbox"/> 1. Analfabeto <input type="checkbox"/> 2. De 1ª a 4ª Série (Primário) Incompleto <input type="checkbox"/> 3. De 1ª a 4ª Série (Primário) Completo <input type="checkbox"/> 4. De 5ª a 8ª Série (Ginásio) Incompleto <input type="checkbox"/> 5. De 5ª a 8ª Série (Ginásio) Completo <input type="checkbox"/> 6. Ensino Médio (Colegial) Incompleto <input type="checkbox"/> 7. Ensino Médio (Colegial) Completo <input type="checkbox"/> 8. Nível Superior Incompleto <input type="checkbox"/> 9. Nível Superior Completo	
6.2 Número de Pessoas que dependem da renda: <input type="text"/> <input type="text"/> Pessoas	7.1 Quantos anos você permaneceu na escola? <input type="text"/> <input type="text"/> Anos	
	7.2 <input type="checkbox"/> Não soube responder	