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

Mariana Figueira Lopes Cançado

PSICOTERAPIA POR INTERNET PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL DE UM SITE ESPECIALIZADO: VIABILIDADE, ACEITABILIDADE E RESULTADOS CLÍNICOS INICIAIS

Orientadora: Profª Drª Laisa Marcorela Andreoli Sartes

2017

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

Mariana Figueira Lopes Cançado

PSICOTERAPIA POR INTERNET PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL DE UM SITE ESPECIALIZADO: VIABILIDADE, ACEITABILIDADE E RESULTADOS CLÍNICOS INICIAIS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia por Mariana Figueira Lopes Cançado

Orientadora: Profª Drª Laisa Marcorela Andreoli Sartes

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de
geraçãoautomática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Cançado, Mariana Figueira Lopes.
Psicoterapia por internet para dependentes de álcool de um site especializado: viabilidade, aceitabilidade e resultados clínicos iniciais / Mariana Figueira Lopes Cançado. -2017.
53f.

Orientadora: Laisa Marcorela Andreoli Sartes
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2017.

1. E-Health. 2. Telemedicina. 3. Dependência de álcool. 4. Terapia Cognitivo-Comportamental. I. Sartes, Laisa Marcorela Andreoli, orient. II. Título.

MARIANA FIGUEIRA LOPES CANÇADO

PSICOTERAPIA POR INTERNET PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL DE UM SITE ESPECIALIZADO: VIABILIDADE, ACEITABILIDADE E RESULTADOS CLÍNICOS INICIAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Psicologia.

Dissertação defendida e aprovada em três de fevereiro de dois mil e dezessete, pela banca constituída por:

_____

Presidente: Prof. Dr. Fernando Antonio Basile Colugnati

Universidade Federal de Juiz de Fora

_____

Orientadora: Profª Drª. Laisa M. A. Sartes

Universidade Federal de Juiz de Fora

_____

Membro titular: Prof. Dr. Luiz André Monezi Andrade

AGRADECIMENTOS

Sou grata principalmente a minha família que desde muito cedo me incentivou e apoiou os estudos, o gosto pela curiosidade, ensinou a importância da leitura, o valor da perseverança, a dignidade da pessoa humana e o amor a Deus. Ele que me ilumina e fortalece no caminho.

Agradeço a meus avós, vivos e falecidos por todas as brincadeiras, histórias e sabedoria. A meus pais, Antonio e Andréa, pelo apoio, carinho, paciência e financiamento dos meus estudos.A meus queridos irmãos, Raquel, Ana Clara e Paulo André pela parceria, amizade, descontração e alegria de estarmos juntos. A Dona Noemia por todo suporte.

A meu amor, Milton, pelo incentivo e apoio nas horas difíceis, pela dedicação e carinho que me dão forças.

Meu especial agradecimento a Laisa que acompanha, estimula e orienta meu trabalho desde a graduação. Obrigada pela paciência, parceria, entusiasmo e supervisões.

Agradeço a todas as amigas do grupo de pesquisa e-health, Andressa, Bianca, Nathálya, Jéssyca, Ana Paula, Camila, Júlia e Luane, o caminho fica mais leve e divertido com vocês. Obrigada aos amigos e colegas do PPGPsi-UFJF e as meninas de casa .

RESUMO

Apesar do consumo problemático de álcool ser um problema de saúde pública a busca por tratamento é pequena e a oferta de serviços especializados é insuficiente. Nos últimos anos cresceu o número de ofertas de tratamentos online para diferentes transtornos, incluindo o problemas com o uso de álcool. Este estudo teve como objetivo avaliar a viabilidade e aceitabilidade de uma psicoterapia online para dependentes de álcool e descrever os resultados clínicos iniciais. Para isso foi realizado um estudo piloto com os participantes com uso sugestivo de dependência cadastrados no site www.informalcool.org.br/bebermenos. Os convites foram realizados por e-mail e a psicoterapia proposta foi feita inteiramente por videoconferência. Observamos que entre o cadastramento e a realização da psicoterapia existem algumas etapas de perda. Foi feita a descrição dos participantes em cada etapa para melhor compreensão do perfil dos mesmos. Observou-se que o perfil prevalente para esta intervenção entre todas as etapas do recrutamento e da psicoterapia por internet foi homens, empregados, com alta escolaridade, em estágio de contemplação para mudança do comportamento de beber, com uma média de idade entre 37 e 41,3 anos e pontuação no teste AUDIT entre 22,7 e 26,0. Nenhum dos participantes da psicoterapia online havia se tratado anteriormente para o seu uso de álcool. Encontrou-se que a taxa de resposta aos e-mails convite para a psicoterapia por internet foi de 28,2%, e todos os participantes elegíveis convidados para participar aceitaram iniciar o tratamento, confirmando aceitabilidade. Dos 12 pacientes que iniciaram a psicoterapia 6 finalizaram. Houve redução no número de doses consumidas, de 9,6 doses para 3 doses por ocasião e aumento na quantidade de dias abstinente, de 14 dias para 21,3 dias. Consideramos que a amostra neste estudo apresentou boa aceitabilidade a proposta de psicoterapia por internet, ainda que se apresentem taxas de perda, uma vez que estas existem em estudos clínicos e em psicoterapia. Consideramos viável

a realização de um ensaio clínico para avaliar a eficácia e efetividade da psicoterapia por internet.

Palavras-chave: Alcoolismo; Telemedicina; Terapia Cognitivo-Comportamental; Transtornos relacionados ao uso de álcool.

ABSTRACT

Although problematic alcohol consumption is a public health problem, the search for treatment is small and the supply of specialized services is insufficient. In recent years there has been an increase in the number of online treatments for different disorders, including alcohol use disorders. This study aimed to evaluate the viability and acceptability of an online psychotherapy for alcohol dependents and to describe the initial clinical results. For this, a pilot study was carried out with the participants with suggestive use of dependence registered in the site www.informalcool.org.br/bebermenos. The invitations were made by e-mail and the proposed psychotherapy was done entirely by videoconference. We observe that between the registration and the accomplishment of the psychotherapy there are some stages of loss. The participants were described at each stage to better understand their profile. It was observed that the prevalent profile for this intervention between all stages of recruitment and internet psychotherapy was men, employed, with high schooling, in contemplation readiness to change drinking behavior, with a mean age between 37 and 41.3 years and AUDIT score between 22.7 and 26.0. None of the participants in online psychotherapy had previously treated themselves for their alcohol use. It was found that the response rate to e-mail invitations to online psychotherapy was 28.2%, and all eligible participants invited to attend agreed to initiate treatment, confirming acceptability. Of the 12 patients who started psychotherapy six finalized. There was a reduction in the number of standard drinks consumed, from 9.6 drinks to 3 drinks per occasion and an increase in the number of days abstinent, from 14 days to 21.3 days. We consider that the sample in this study presented a good acceptability to the proposal of psychotherapy delivered by Internet, even though there are rates of loss, since these exist in clinical studies and in psychotherapy. We consider it feasible to conduct a clinical trial to evaluate the efficacy and effectiveness of online psychotherapy.

Keywords: Alcoholism; Telemedicine; Cognitive Behavior Therapy; Alcohol Use Disorders.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo cognitivo de abuso de substâncias

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1-E-mail convite

Anexo 2- E-mail resposta

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UNODC- United Nations Office for Drugs and Crime

DSM-IV- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- Quarta edição

DSM-5- Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais - Quinta edição

APA-Associação Psiquiátrica Americana

TCC- Terapia Cognitivo-Comportamental

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

AUDIT- Alcohol use disorderidentificationtest

M.I.N.I.- Mini International Neuropsychiatric Interview

SENAD- Secretaria Nacional de Política sobre Drogas

SPSS- Statistic Program for Social Sciences

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **12**

2. OBJETIVOS **22**

3. ARTIGO:

Psicoterapia por internet para dependentes de álcool cadastrados em um site especializado: estudo de viabilidade, aceitabilidade e resultados clínicos iniciais **23**

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS **24**

5. REFERÊNCIAS **26**

6. ANEXOS **35**

1. INTRODUÇÃO

O consumo de álcool e outras drogas configura-se atualmente como um grave problema de saúde pública (United Nations Office on Drugs and Crime, 2015; Laranjeira, 2012). De acordo com o II Levantamento Domiciliar realizado nas 108 maiores cidades do Brasil (Carlini et al., 2006) a estimativa de dependentes de álcool no país era de 12,3% da população. O IV Manual Diagnóstico Estatístico (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria (APA) (APA, 1994) caracteriza a dependência de álcool como sendo um padrão mal adaptativo de uso da substância que influencia na repetição de problemas. Para o diagnóstico deve ser observado pelo menos três dos sete critérios avaliados em um período de 12 meses. Já o quinto Manual Diagnóstico Estatístico (DSM-5) passa a utilizar o termo transtorno por uso de álcool, o qual é definido por um agrupamento de sintomas comportamentais e físicos. Nesta nova edição do DSM-5 deve ser observado um padrão problemático de uso de álcool que leve a sofrimento e/ou comprometimento significativo manifestado por pelo menos dois entre 12 critérios nos últimos 12 meses (APA, 2014). O diagnóstico de abuso foi excluído, e passou a ser utilizado um continuum de gravidade de dependência. No presente estudo adotamos a definição do DSM-IV, uma vez que os testes utilizados para avaliação estão traduzidos e validados no país (Amorim, 2000).

O uso problemático de álcool, dependência ou padrão binge, causa diversas consequências negativas, tanto para o indivíduo como para a sociedade. Os impactos podem ser observados em acidentes de trânsito, complicações no trabalho, quedas, provocar ferimentos em terceiros, em si mesmo e demais agressões, problemas de saúde como doenças gastrointestinais, cânceres, doenças cardiovasculares e síndrome fetal alcoólica, além de ser responsável por 5,1% da carga global de doenças (Carlini et al., 2006; World Health Organization, 2014).

De maneira geral, no Brasil, as mulheres tendem a procurar mais tratamento em saúde do que os homens, tanto no Sistema Único de Saúde, quanto na rede privada (Novais & Martins, 2010; Ribeiro, Barata, Almeida & Silva, 2006). Tais dados aproximam-se do que outros autores relatam na literatura internacional (Hernandez-Ávila, Rounsaville & Kranzler, 2004; González, Alegria & Prihoda, 2005). Apesar das mulheres utilizarem mais o sistema de saúde, o tratamento para abuso de substâncias é três vezes maior entre os homens (Carlini et al., 2006). Em relação a tratamentos direcionados ao uso de álcool, Alvanzo et al. (2014) relataram em um estudo de representatividade nacional norte americano, que as mulheres recebiam menos serviços especializados do que os homens, sendo que elas apresentavam um tempo menor entre o início do beber e o início do tratamento. Em ambulatórios brasileiros especializados foram encontrados dados semelhantes. As mulheres que procuraram tratamento no estudo de Elbreder, Laranjeira, Siqueira e Barbosa (2008) tinham entre 22 e 24 anos no início do uso de álcool e procuraram tratamento entre 40 e 42 anos. Próximo a esse resultado, em um estudo em outro ambulatório de São Paulo, Zilberman, Hochgraf, Brasiliano e Milharcic (2001) observaram que as mulheres dependentes de álcool tinham em média 21,1 anos (DP ±9,3) quando iniciaram o uso de álcool e procuraram tratamento por volta dos 41,9 anos (DP ±10,5). Porém, segundo o II Levantamento domiciliar nacional a procura por tratamento para uso de álcool e outras drogas é baixo no país, já que apenas 2,9% dos entrevistados relataram procurar atendimento (Carlini et al., 2006).

Dentre as possibilidades de tratamento para o uso problemático de álcool e outras drogas encontramos a terapia cognitivo-comportamental (TCC). De acordo com Knapp (2004), a TCC é um termo abrangente que comporta diversas abordagens, as quais derivam de um modelo inicial e possuem pressupostos básicos compartilhados. Fundamentalmente a ideia é que o comportamento é influenciado pela cognição, que esta pode ser monitorada e

modificada e que o comportamento pode ser influenciado a partir da mudança das cognições (Beck, 1997; Knapp, 2004).

Atualmente, existem diversos estudos que se propõe a testar a eficácia das Terapias cognitivo-comportamentais para diversos transtornos, assim como da associação de uma modalidade de TCC com medicação e da associação de diferentes abordagens cognitivo-comportamentais. Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawey e Fang (2012) por exemplo fizeram uma revisão de metanálises que tratam da eficácia da TCC para diferentes transtornos.Os autores encontraram 269 estudos que examinaram diversos transtornos, entre eles o transtornos por uso de substâncias. Os efeitos para esta população variaram de pequeno a médio, sendo efetivo no tratamento de álcool e opióides e ainda mais efetivo com substâncias como maconha e nicotina.

No caso do tratamento para álcool e outras substâncias a Entrevista Motivacional, proposta por Miller e Rollnick (2001), a Prevenção de Recaída, proposta por Marlatt e Donovan (2009) e o modelo cognitivo de abuso de substâncias proposto por Beck, Wright, Newman e Liese (1993) são algumas das possibilidades encontradas no campo das abordagens cognitivo-comportamentais. Miller e Rollnick (2001), com a entrevista motivacional, propõe que a motivação é um estado de prontidão, o qual pode mudar no tempo e pode ser influenciado, no caso da terapia, por um terapeuta. Para uma compreensão de como as pessoas mudam, estes autores utilizam o modelo proposto por Prochaska e DiClemente (1982) o qual apresenta cinco estágios para a mudança de determinado problema ou situação, sendo eles: pré contemplação, contemplação, determinação/ação, manutenção e recaída. A partir desse modelo, Miller e Rollnick (2001) propõe diferentes tarefas motivacionais para o terapeuta de acordo com o estágio de motivação em que o paciente se encontra, considerando assim a motivação uma tarefa do terapeuta e não um atributo da personalidade do paciente. Para os autores "a entrevista motivacional é um meio particular de ajudar as pessoas a

reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas presentes ou potenciais" (Miller & Rollnick, 2001 p. 61).

A abordagem de Prevenção de Recaída, de acordo com a definição dos autores, é um tratamento cognitivo-comportamental, de automanejo, focado em melhorar a fase de abstinência. Ou seja, objetiva prevenir lapsos e caso estes ocorram que levem a uma recaída completa (Marlatt & Donovan, 2009). Nesta abordagem é trabalhado com o paciente o reconhecimento de situações de alto risco onde a recaída pode ocorrer e, a partir delas, o terapeuta pode combinar o treinamento de habilidades comportamentais e cognitivas, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e auto-eficácia e psicoeducação sobre os componentes ambientais, interpessoais e intrapessoais que podem levar a uma recaída.

Beck et al. (1993) propõe um modelo cognitivo do abuso de substâncias em que um estímulo ativador, podendo ser interno ou externo a pessoa, pode levar ao uso contínuo ou recaída. Entre o estímulo ativador e o uso da substância, os autores elencam uma série de etapas como ativação de crenças, pensamentos automáticos, fissura e impulsos, crenças permissivas ou facilitadoras e estratégias de ação; esta sequência pode ser observada na figura 1. O objetivo da terapia cognitiva é então modificar cada uma das categorias de crença, tanto as facilitadoras do uso quanto as crenças centrais associadas ao uso ao mesmo tempo em que comportamentos e crenças mais funcionais são reforçadas ou introduzidas pelo terapeuta (Beck et al., 1993).

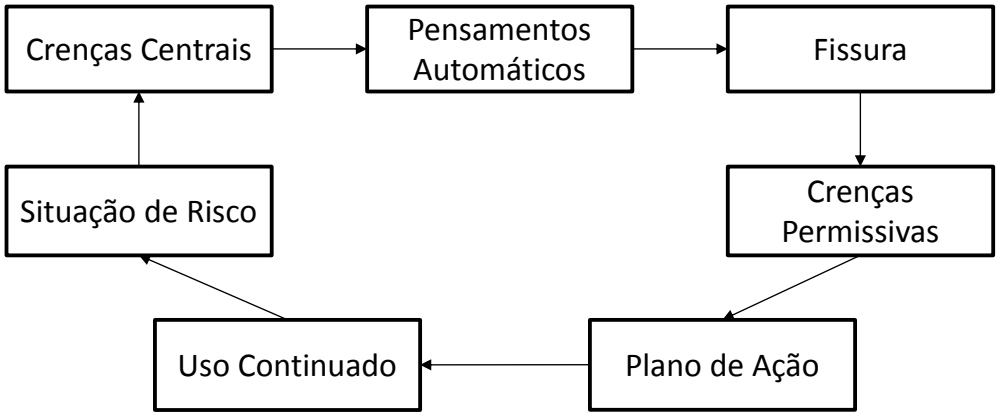


Figura 1 –Modelo Cognitivo do Abuso de Substancias (adaptado de Beck et al., 1993)

Em uma meta-análise realizada por Magil e Ray (2009), foi proposto observar os efeitos da TCC para o uso de álcool e outras substâncias em ensaios clínicos randomizados. A maioria dos estudos (80,1%) trabalhou com pessoas com diagnóstico de dependência de álcool ou outras drogas de acordo com os critérios do DSM-IV, e os outros estudos com pessoas em uso abusivo.Mais da metade dos estudos ofereceu terapia individual (57,7%) com uma média de 18 sessões. Foi encontrado que a TCC apresentou um tamanho de efeito pequeno para álcool e outras drogas, com exceção da maconha em que foi observado um efeito moderado. Mesmo com um efeito pequeno a TCC possui um efeito maior, e significativo, quando comparada a nenhum tratamento e quando combinada a tratamentos psicossociais apresentou um efeito maior. Interessante observar ainda que foi encontrado que as mulheres parecem se beneficiar mais dos efeitos da TCC do que os homens e que o formato breve também apresentou bons resultados (Magill & Ray, 2009).

Cooney, Babor e Litt (2001) relataram os resultados do projeto Match em relação a hipótese de gravidade da dependência. Tal hipótese seria de que pacientes com maior gravidade na dependência de álcool teriam resultados melhores em terapia de doze passos do que na TCC ou Entrevista motivacional em comparação com pacientes com dependência menos severa. Em pacientes em tratamento ambulatorial tal diferença esperada não foi observada. Já entre pacientes em pós-tratamento, naqueles com nível de dependência menos

severa o desfecho foi melhor quando designados para TCC e os pacientes com dependência mais severa obtiveram mais dias abstinentes e menos doses por dia de consumo quando designados a terapia de doze passos (Cooney et al., 2001).

A partir desta linha de pensamento, a TCC seria uma forma de oferecer tratamento psicoterapêutico a pessoas dependentes de álcool. Entretanto, como pontuado anteriormente a procura por tratamento no país para problemas com álcool e outras substâncias é baixa (Carlini et al., 2006). Diversos autores ressaltam possíveis causas desta procura por tratamento ser pequena. O estigma associado a usuários de drogas e pessoas com transtornos mentais prejudica a busca por tratamento, uma vez que tais pessoas são rotuladas negativamente, podendo sentir-se desvalorizadas, envergonhadas (Corrigan, 2004; Silveira, Martins, Soares, Gomide & Ronzani, 2011). Outro obstáculo seria a dificuldade de deslocamento para os centros de tratamento e o horário de funcionamento dos mesmos, pois o funcionamento das instituições apenas no horário comercial pode dificultar o acesso dos usuários que trabalham neste período (Dedert et al. 2014; Schaub et al., 2013). No Brasil a oferta de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é insuficiente, especialmente em cidades menores e regiões como Norte e Nordeste (Duarte, Stempliuk & Barroso, 2009). De acordo com o Ministério da Saúde (2004) o funcionamento em tempo integral dos CAPS é priorizado em cidades com população acima de 200.000 habitantes e os CAPS álcool e drogas, em cidades com mais de 100.000 habitantes, o que indica mais uma lacuna no atendimento especializado a pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas.

Diante dessa lacuna, os tratamentos por *internet* ou computadorizados ou *e-health* podem facilitar o acesso e também podem ser uma opção de tratamento com um bom custo-efetividade (Dedert et al. 2014; Olmstead, Ostrow & Carroll, 2010; Schaub et al. 2013). Além desses fatores, Tait et al. (2012) sugere que a maior flexibilidade de horário das intervenções

online possa alcançar um maior número de pessoas e oferecer tratamento àqueles que se encontram mais distantes dos centros especializados de tratamento.

Eysenbach (2001) pontua o caráter dinâmico da definição do termo *e-health*, o qual poderia ser utilizado para referir praticamente qualquer prática relacionado a internet e medicina ou saúde. De forma a delimitar um pouco mais o termo -*e-health* -o autor aponta que seria um campo emergente a partir da intersecção da informática médica, saúde pública e administração referindo-se aos serviços de saúde e informação que podem ser oferecidos ou melhorados pela internet e tecnologias correlatas (Eysenbach, 2001).

Além da definição de Eysenbach, Oh, Rizo, Enkin e Jadad (2005) citam diversas definições de outros autores em uma revisão sistemática, que variam de definições com poucas palavras até aquelas mais complexas (Oh et al., 2005). Algumas definições encontradas referem-se mais a serviços e sistemas de saúde do que à saúde das pessoas em si; um quarto das definições concentra-se nos desfechos esperados como o custo-benefício, melhoria da eficiência dos processos e a portabilidade dos serviços de saúde. Os autores colocam que todas as definições possuem uma conotação positiva, que incluem termos como benefícios, eficiência e melhorias; e que a tecnologia foi colocada como forma de expandir e melhorar atividades humanas e não de forma substitutiva.

No campo da psicologia vem surgindo diversas formas de intervenções pela internet, assim como o interesse em estudar a eficácia e efetividade destas novas formas de intervenção, seja para o uso de álcool e outras drogas assim como para outros transtornos mentais (Christensen, Griffith & Jorm, 2004; White, Jones & McGarry, 2009; Bickel, Marsch, Buchhalter & Badger, 2008; Carroll et al, 2008; Baker et al., 2010; Budney et al., 2011; Parr, Kavanagh, Young & Mitchell, 2011; Riper et al., 2011; Acosta, Marsch, Xie, Guarino & Aponte-Mendelez, 2012; Schaub, Sullivan & Stark, 2012; Carroll, et al., 2014; Riper et al.,

2014; Carlini, Ronzani, Martins, Gomide & Souza, 2012; Rooke, Copeland, Norberg, Hine & McCambridge, 2013; Boettcher et al., 2014; Schaub et al., 2015; Wiers et al, 2015). Adélia, Pieta e Gomes (2014) destacam a distinção de duas formas de intervenção, sendo que as psicoterapias online são aquelas que contam com a intervenção de um profissional, independente da forma que é oferecida (e-mail, videoconferência etc). As intervenções baseadas na internet seriam todas aquelas que não contam com a intervenção de um terapeuta, ou seja, intervenções autoguiadas em programas computadorizados tanto online (programas disponibilizados em sites, aplicativos para celulares etc) quanto offline (programas disponibilizados em CDs, por exemplo).

Dedert et al. (2014) investigaram estudos de intervenções baseadas na internet, portanto sem terapeuta, para pessoas com uso problemático de álcool. Eles encontraram que para pessoas com uso mais severo ou dependente de álcool estas intervenções autoguiadas tiveram pouco efeito e não diminuíram as chances de recaída. Porém, observando os resultados eles sugerem que intervenções com algum suporte humano e mais longas possam ser efetivas, necessitando de mais estudos nessa direção (Dedert et al., 2014). Barak, Klein e Proudfoot (2009) em uma revisão de literatura pontuaram que mesmo que intervenções com suporte humano tenham um alcance menor do que programas autoguiados, estas intervenções proveem tratamento clínico individualizado, similar a serviços presenciais tradicionais. Eles encontraram que metanálises recentes demonstram que programas com suporte humano obtém efeitos maiores do que programas autoguiados (Barak et al., 2009).

Os estudos sobre intervenções baseadas na internet possuem taxas de desistência e adesão bastante variadas. No estudo de Riper et al. (2008) os autores propuseram uma intervenção autoguiada pela internet para pessoas com uso problemático de álcool com duração de seis semanas. Foram feitas avaliações de seguimento aos 6 e 12 meses. Apenas 42,1% dos participantes responderam a primeira avaliação de seguimento e a perda na

segunda avaliação de seguimento foi de 37%. Neve, Collins e Morgan (2010) relataram duas formas diferentes de abandono: participantes que iniciaram a intervenção autoguiada e não continuaram e participantes que continuaram inscritos na intervenção mas não usaram o programa. Na primeira forma, 3% abandonaram na décima segunda semana e 23% de abandono na 52ª semana; na segunda forma de abandono, após a nona semana, 50% dos participantes não estavam utilizando o programa e ao final da 52ª semana, 70% não estavam mais usando a intervenção (Neve et al., 2010). Koo e Skinner (2005) relataram desistências ainda maiores em uma intervenção em um site preventivo e para cessação do uso de tabaco para jovens entre 12 e 24 anos. Mesmo com incentivo financeiro, apenas 0,24% satisfizeram os critérios de recrutamento para o site e completaram o questionário proposto.

No Brasil, Andrade et al. (2016) realizaram um estudo piloto em um site especializado para pessoas com problemas com álcool, denominado Informalcool, o mesmo utilizado em nosso estudo e que será melhor detalhado no artigo a seguir. O site Informalcool foi idealizado pela Organização Mundial de Saúde e desenvolvido em parceria por pesquisadores de cinco países. a versão brasileira foi desenvolvida por pesquisadores das universidades federais de São Paulo, Juiz de Fora e Paraná e traduzida da versão holandesa para o português. A intervenção disponível no Informalcool, chamada BeberMenos, é autoguiada e oferece feedbacks personalizados e ferramentas baseadas na terapia cognitivo-comportamental para os usuários, a serem realizadas durante seis semanas. Eles observaram que dentre as pessoas que acessaram o site, 51,2% realizaram o teste de triagem inicial, e destes, a maioria não realizou o registro no site (79,5%). Foi observado ainda uma proporção similar entre homens e mulheres que se cadastraram com uma média de idade de 40 anos, e além de, maior proporção de pessoas desempregadas conforme aumento da gravidade de problemas relacionados ao álcool. Aproximadamente um terço possuía nível superior e a maioria dos participantes nos grupos de uso abusivo e uso sugestivo de dependência estavam

no estágio de contemplação para mudança. Apesar das taxas de desistência ao longo da intervenção e na avaliação de seguimento, as pessoas com uso abusivo e sugestivo de dependência que realizaram a intervenção proposta diminuíram significativamente o consumo (redução de 62,5% no grupo com uso abusivo e 64,5% no grupo com uso sugestivo de dependência) de doses de álcool ao final da intervenção e na avaliação de seguimento após um mês. Um dado interessante é que as pessoas no grupo de uso sugestivo de dependência usaram com maior frequência as ferramentas disponíveis no site (Andrade et al., 2016).

A partir do que foi exposto entende-se que o consumo de álcool e as consequências derivadas de sua dependência são um problema de saúde pública. Apesar disso, a oferta de tratamento para as pessoas dependentes de álcool é insuficiente no país. O surgimento de novas formas de tratamento, como a psicoterapia por internet, pode ser uma alternativa para alcançar um maior número de pessoas. Mesmo com o número crescente de investigações nesta área, de psicoterapias online, é necessário observar as possibilidades de implantação desta modalidade no país, assim como a aceitação, eficácia e efetividade das intervenções.

Considerando então a lacuna existente de tratamento para usuários de álcool, a possibilidade de novas formas de tratamento e a TCC como abordagem estruturada e breve de terapia, foi proposto o estudo descrito no artigo a seguir. Para a realização deste estudo escolhemos a adaptação do protocolo de tratamento do projeto Match, proposto por Gumier e Sartes (2015) uma vez que este oferece 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental, com elementos de entrevista motivacional e prevenção de recaída para dependentes de álcool. O site www.informalcool.org.br foi o ponto de partida para o rastreio e recrutamento dos participantes e serão melhor descritos no estudo a seguir.

2. OBJETIVOS

2.1 – Objetivos Gerais:

Avaliar a viabilidade de realizar um estudo clínico sobre uma psicoterapia breve por internet para dependentes de álcool, a aceitabilidade e resultados clínicos iniciais desta psicoterapia.

2.2 – Objetivos Específicos:

Avaliar as taxas de permanência/perda dos indivíduos ao longo das etapas entre o cadastramento e psicoterapia por internet;

Identificar o perfil sociodemográfico, padrão de consumo de álcool e motivação para mudança do comportamento de beber da amostra total e de homens e mulheres ao longo das etapas entre o cadastramento e psicoterapia por internet;

Avaliar as taxas de aceitabilidade e grau de satisfação da psicoterapia por internet;

Descrever os desfechos clínicos relativos ao consumo de álcool, motivação para mudança de beber e crenças entre os que finalizaram e não finalizaram a psicoterapia por internet.

3. ARTIGO: PSICOTERAPIA POR INTERNET PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL CADASTRADOS EM UM SITE ESPECIALIZADO: ESTUDO DE VIABILIDADE, ACEITABILIDADE E RESULTADOS CLÍNICOS INICIAIS

O presente artigo encontra-se em processo de submissão para um periódico científico. Portanto, não será desponibilizado no corpo desta dissertação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados no artigo, percebemos um perfil de participantes com algumas similaridades e diferenças em relação a outros estudos na área de *e-health*. A maioria dos cadastros foram de homens, empregados, com ensino superior, no estágio de contemplação com idade entre 31 e 42 anos. Quanto aos usuários elegíveis do site, além das características anteriores percebe-se que a pontuação média do teste AUDIT (25,8 ±4,1) aproxima-se mais do ponto de corte. Tal dado levanta a possibilidade de que os usuários do site e que aceitaram a proposta de intervenção possuam uma menor gravidade de dependência. Entre as mulheres a maioria destas características se repete, com mudança na faixa etária daquelas que terminaram a intervenção proposta. Considerando o perfil dos participantes que não se perderam ao longo das etapas consideramos viável uma psicoterapia por internet para dependentes de álcool e que a terapia teve uma boa aceitabilidade entre a amostra alvo.

A partir da consideração de Postel et al. (2011) de que a difusão de inovações pode ser inicialmente lenta e com o aumento de pessoas utilizando a nova tecnologia a velocidade de difusão tende a aumentar, a psicoterapia por internet pode estar ainda nesta fase mais lenta. A primeira regulação de psicoterapia por internet foi feita no ano de 2005, sendo atualizada em 2012 e desde então não obteve alterações. Por um lado, esta forma de psicoterapia já é regulamentada a mais de 10 anos, e que a procura por temas de saúde na internet vem crescendo no Brasil e no mundo (Gomide, Martins & Ronzani, 2013; Andreassen et al., 2014). Por outro lado, sabe-se que a procura por tratamento no Brasil por dependentes de álcool e outras drogas ainda é pequena (Carlini et al., 2006). Portanto, este trabalho contribui na direção de que novas formas de tratamento são necessárias para as pessoas com uso

problemático de álcool e que é possível realizar estudos sobre a efetividade de psicoterapia por internet para esta população. É necessário ainda investigar fatores ligados ao processo de recrutamento dos usuários de site especializado e formas de aumentar a resposta ao convite para participação da psicoterapia.

5. REFERÊNCIAS

Acosta, M. C., Marsch, L. A.; Xie, H., Guarino, H., Aponte-Melendez, Y. (2012). A web-based behavior therapy program influences the association between cognitive functioning and retention and abstinence in clients receiving methadone maintenance treatment. *Journal of Dual Diagnosis, 8 (4), 283-293*

Adélia, M., Pieta, M., Gomes, W. B.(2014). Psicoterapia Pela Internet: Viável ou Inviável? *Psicologia: ciência e profissão, 2014, 34 (1), pp. 18-31.*

Alvanzo, A. A. H., Storr, C. L., Mojtabai, R., Green, K. M., Pacek, L. R., La Flair, L. N., Cullen, B. A., Crum, R. M. (2014). Gender and race/ethnicity differences for initiation of alcohol related service use among persons with alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 140, pp. 48-55. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.03.010

American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Trantornos Mentais. 4. ed*. Washington, DC: Associação.

American PsychiatricAssociation. (2014) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed*. Trad: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.

Amorim P. (2000). Mini InternationalNeuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22:106-15. doi: 10.1590/S1516-44462000000300003

Andrade, A. L. M., Lacerda, R. B., Gomide, H. P., Ronzani, T. M., Sartes, L. M. A., Martins, L. F., Bedendo, A., Formigoni, M. L. O. S. (2016). Web-based self-help intervention reduces alcohol consumption in both heavy-drinking and dependent alcohol users: A

pilot study. *Addictive Behaviors, 63, pp. 63–71.* doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.06.027

Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitru, R. C., Pudule, I., Santana, S., ... & Wynn, R. (2007). European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BMC public health,7*(1), 1. doi: 10.1186/1471-2458-7-53

Baker, A.L., Kavanagh, D.J., Kay-Lambkin, F.J., Hunt, S.A., Lewin, T.J., Carr, V.J. &Connolly, J. (2010). Randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. *Addiction*, 105 (1), pp. 87-99. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02757.x

Barak, A., Klein, B., Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions *Annals of Behavioral. medicine*, 38, pp.4–17. doi: 10.1007/s12160-009-9130-7

Beck, J. (1997).*Terapia Cognitivo Comportamental: teoria e prática*. (S. Costa Trad.) Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 1995)

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., Liese, B. S.(1993)*Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York London: The Guilford Press

Bickel, W. K., Marsch, L. A., Buchhalter, A. R., Badger, G. J. (2008). Computerized behavior therapy for opioid-dependent outpatients: A randomized controlled trial. *American Psychological Association, 16 (2), pp. 132-143.* doi: 10.1037/1064-1297.16.2.132

Boettcher J, Astrom V, Pahlsson D, Schenstrom O, Andersson G, Carlbring P. (2014). Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy.*45(2), pp. 241 – 253. doi:10.1016/j.beth.2013.11.003

Budney, A. J., Fearer, S., Walker, D. D., Stanger, C., Thostenson, J., Grabinski, M., Bickel, W. K. (2011). An initial trial of a computerized behavioral intervention for cannabis use disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 115 (1-2),pp. 74-79.doi:* http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.10.014

Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Silva, A. A. B., Noto, A. R., Fonseca, A. M., Carlini, C. M., Oliveira ... Sanchez, Z. M. (2006). II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. *Páginas & Letras*, *1*, 1-472.

Carlini, B. H., Ronzani, T. M., Martins, L. F.,Gomide, H. P., Souza, I. C. W. (2012). Demand for and availability of online support to stop smoking *Revista de Saúde Pública* 46(6), pp. 1074-81. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000600018

Carroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., Nuro, K. F., Gordon, M. A., Portnoy, G.A., Rounsaville, B. J. (2008). Computer-Assisted Delivery of Cognitive-Behavioral Therapy for Addiction: A Randomized Trial of CBT4CBT *American Journal of Psychiatry,* 165(7), pp. 881–888. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07111835.

Carroll, K. M., Kiluk, B. D., Nich, C., Gordon, M. A., Portnoy, G. A., Marino, D. R., Ball,S. A. (2014). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy: Efficacy and durability of CBT4CBT among cocaine-dependent individuals maintained on methadone. *American Journal of Psychiatry,* 171(4), pp. 436-444.doi: http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070987

Christensen, H., Griffiths, K. M., &Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomized controlled trials. *BMJ*, *328*, pp.265–269. doi: 10.1136/bmj.37945.566632.

Cooney, N. L., Babor, T. F., Litt, M. D. (2001). Matching clients to alcoholism Treatment Based on Severity of Alcohol Dependence In. R. Longabaugh & P. W. Wirtz (Eds.*) Project MATCH hypotheses: results and causal chain analyses*

Corrigan, P. (2004). How Stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), pp. 614–625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614

Dedert, E., Williams Jr, J. W., Stein, R., McNeil, J.M., McDuffie, J., Ross, I., Feiermuth, C., ..., Nagi, A. (2014). Evidence Report: e-Interventions for Alcohol Misuse Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US). Obtido em http://europepmc.org/books/NBK293697

Duarte, P. C. A. V., Stempliuk, V. A., & Barroso, L. P. (2009). Relatório Brasileiro Sobre Drogas. SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: DF.

Elbreder, M. F., Laranjeira, R., Siqueira, M. M., Barbosa, D. A. (2008). Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), pp. 9-15.

Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Medical Internet Research*, 3(2), pp. e20. doi: 10.2196/jmir.3.2.e20

González, J. M., Alegria, M., Prihoda, T. J. (2005). How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender, and ethnicity/race in young adults? *Journal of community psychology*, 33(5), pp. 611-629. doi: 10.1002/jcop.20071

Gumier, A. B., Sartes, L. M. A. (2015). Terapia por internet para dependentes de álcool:desenvolvimento de um protocolo de pesquisa e intervenção. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

Hernandez-Avila, C. A., Rounsaville, B. J., Kranzler, H. R. (2004). Opioid-cannabis and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 265–272. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.02.001

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawey, A. T., Fang, A. (2012). The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: a Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy Research, 36(5), pp. 427–440*. doi:10.1007/s10608-012-9476-1.

Knapp, P. (Org.). (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica.* Porto Alegre: Artmed

Koo, M., Skinner, H. (2005). Challenges of Internet Recruitment: A Case Study with Disappointing Results *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), pp. e6. doi:10.2196/jmir.7.1.e6

Laranjeira, R. (Ed.) (2012). *Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)* São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

Magil, M., Ray, L. A. (2009). Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs; 70(4), pp. 516-527.doi:* http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516

Marlatt, G. A.,& Donovan, D. M. (Org.). (2009). *Prevenção de recaída: Estratégia de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*(2 ed.). (M. F. Lopes, Trad.) Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2005)

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001)*Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos* (A. Caleffi& C. Dornelles Trad.) Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 1991)

Novais, M., Martins, C. B. (2010). Perfil dos Beneficiários de Planos e SUS e o Acesso a Serviços de Saúde – PNAD 2003 e 2008. Retirado de: http://iess.org.br/html/TDIESS00352010PNAD003_2008.pdf

Neve, M. J., Collins, C. E., Morgan, P. J.(2010). Dropout, Nonusage Attrition, and Pretreatment Predictors of Nonusage Attrition in a Commercial Web-Based Weight Loss Program *Journal of Medical Internet Research,* 12(4), pp. e69. doi: 10.2196/jmir.1640

Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., Jadad, A. (2005). What Is e-Health (3): A Systematic Review of Published Definitions *J Med Internet Res 2005;7(1), pp. e1*. doi:10.2196/jmir.7.1.e1

Olmstead, T. A., Ostrow, C. D., Carroll, K. M. (2010). Cost effectiveness of computer-assisted training in cognitive-behavioral therapy as an adjunct to standard care for addiction. *Drug and Alcohol Dependence,* 110(3), pp. 200-207. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.02.022.

Parr, J. M., Kavanagh, D. J., Young, R. McD, Mitchell, G. (2011). Acceptability of cognitive-behavior therapy via the internet for cessation of benzodiazepine use. *Drug and Alcohol Review, 30(3), pp. 306-314. doi:* 10.1111/j.1465-3362.2010.00183.x

Prochaska, J.O., DiClemente, C. (1982) Trans- Theoretical Therapy- Toward a more integrative model of change *Psychotherapy Theory Research & Practice, 1, 276-288*.doi: 10.1037/h0088437

Ribeiro, M. C. S. A., Barata, R. B., Almeida, M. F., Silva, Z. P. (2006). Perfil sociodemográficoe padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003 *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):1011-1022.

Riper, H., Spek, V., Boon, B., Conjin, B., Kramer, J., Martin-Abello, K. Smith, F. (2011). Effectiveness of E-Self-help Interventions for Curbing Adult Problem Drinking: A Meta-analysis *Journal of Medical Internet Research,* 13(2), pp. e42. doi:10.2196/jmir.1691

Riper, H., Blankers, M., Haiwijaya, H., Cunningham, J., Clarke, S., Wiers, R., Ebert, D., Cuijpers, P. (2014). Effectiveness of Guided and Unguided Low-Intensity Internet Interventions for Adult Alcohol Misuse: A Meta- Analysis. *PLOS ONE,* 9(6), pp. e99912. doi: 10.1371/journal.pone.0099912

Rooke, S., Copeland, J., Norberg, M., Hine, D., McCambridge, J. (2013). Effectiveness of a self-guided web-based cannabis treatment program: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 15(2), 48-61. doi:* 10.2196/jmir.2256

Schaub, M., Sullivan, R., Haug, S., Stark, L. (2012). Web-based cognitive behavioral self-help intervention to reduce cocaine consumption in problematic cocaine users: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 14 (6), pp. 47-60.doi:* 10.2196/jmir.2244

Schaub, M. P., Haug, S., Wenger, A., Berg, O. Sullivan, R., Beck, T., Stark, L. (2013). Can reduce- the effects of chat counseling and web-based self-help, web-based self-help alone and waiting list control program on cannabis use in problematic cannabis users: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry,* 13(1), pp. 305. doi:10.1186/1471-244X-13-305

Schaub, M. P., Maier, L. J., Wenger, A., Stark, L., Berg, O., Beck, T., Quednow, B. B., Haug, S. (2015). Evaluating the efficacy of a web-based self-help intervention with and without chat counseling in reducing the cocaine use of problematic cocaine users: the study protocol of a pragmatic three-arm randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(1), pp. 156. doi 10.1186/s12888-015-0518-6

Silveira, P. S., Martins, L. F., Soares, R. G., Gomide, H. P., Ronzani, T. M. (2011). Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estudos de Psicologia, 16(2), pp. 131-138.*http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2011000200003

Tait, R. J., McKetin, R., Kay-Lambkin, F., Bennett, K., Tam, A., Bennett, A., Geddes, J., ... Griffiths, K. M. (2012). Breakingtheice: A protocol for a randomized controlled trial of an internet-based intervention addressing amphetamine-type stimulant use. *BMC Psychiatry*, 12(1),pp. 1. doi:10.1186/1471-244X-12-67

United Nations Office on Drugs and Crime (2015). World Drug Report. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

White, J., Jones, R., &McGarry, E. (2009). Cognitive behavioural computer therapy for the anxiety disorders: a pilot study. *Journal of Mental Health, 9* (5), pp. 505-516. doi: http://dx.doi.org/10.1080/09638230020005237

Wiers, R. W., Houben, K., Fadardi, J. S., Beek, P., Rhemtulla, M., Miles Cox, W. (2015). Alcohol Cognitive Bias Modification training for problem drinkers over the web. *Addictive Behaviors* 40, pp. 21–26. http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.08.010

World Health Organization (2014). Global Status Report on alcohol and health. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

Zilberman, M. L., Hochgraf, P. B., Brasiliano, S., Milharcic, S. I. (2001). Drug-Dependent women: Demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. *Substance Use & Misuse, 36(8), 1111-1127.doi:* http://dx.doi.org/10.1081/JA-100104492

6. ANEXOS

Anexo 1- Alcohol Use Identification Test (AUDIT)

1. Com que freqüência (quantas vezes por semana) você consome bebidas alcoólicas?

( ) Nunca

( ) Uma vez por mês ou menos

( ) 2-4 vezes por mês

( ) 2-3 vezes por semana

( ) 4 ou mais vezes por semana[4]

2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?

( ) 0 ou 1

( ) 2 ou 3

( ) 4 ou 5

( ) 6 ou 7

( ) 8 ou mais

3. Com que freqüência (quantas vezes por semana) você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

( ) Nunca

( ) Menos que uma vez por mês

( ) Uma vez por mês

( ) Uma vez por semana

( ) Quase todos os dias

4. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber, uma vez tendo começado?

( ) Nunca

( ) Menos que uma vez por mês

( ) Uma vez por mês

( ) Uma vez por semana

( ) Quase todos os dias

5. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

( ) Nunca

( ) Menos que uma vez por mês

( ) Uma vez por mês

( ) Uma vez por semana

( ) Quase todos os dias

6. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido bastante no dia anterior?

( ) Nunca

( ) Menos que uma vez por mês

( ) Uma vez por mês

( ) Uma vez por semana

( ) Quase todos os dias

7. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

( ) Nunca

( ) Menos que uma vez por mês

( ) Uma vez pormês

( ) Uma vez por semana

( ) Quase todos os dias

8. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

( ) Nunca

( ) Menos que uma vez por mês

( ) Uma vez por mês

( ) Uma vez por semana

( ) Quase todos os dias

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

( ) Não

( ) Sim, mas não no último ano

( ) Sim, durante o último ano

10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

( ) Não

( ) Sim, mas não no último ano

( ) Sim, durante o último ano

Anexo 2- E-mail convite

Prezado Sr.,

Somos uma equipe de pesquisadores e psicólogos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), uma das instituições parceiras do site *www.informalcool.org.br*, no qual o Sr. cadastrou-se há um tempo atrás.

Estamos entrando em contato para informá-lo de que estamos realizando um projeto de pesquisa denominado Programa Álcool e Saúde, em que oferecemos um tratamento psicoterápico realizado por internet para pessoas com problemas com uso de álcool. Para isto, nós estamos gradativamente realizando um sorteio entre as pessoas que se cadastraram no site a partir de janeiro de 2015 e preencheram o instrumento de avaliação AUDIT disponível.

Trata-se de uma pesquisa experimental de nosso grupo, que tem obtido até o momento muito bons resultados. Logo, este e-mail é nosso convite a você, já que foi um dos sorteados nesta semana.

O atendimento será completamente gratuito, sendo realizado a distância por meio de videoconferência (Skype), com 12 sessões, 1 vez por semana, com duração de 1 hora. Caso aceite, você será atendido por um psicólogo especialista no atendimento a usuários de álcool e outras drogas. Considerando o grande número de pessoas cadastradas no site, ***pedimos por gentileza para responder a este e-mail em até dez (10) dias, a contar da data de envio do mesmo, em caso contrário consideraremos como desistência.***

Aguardamos sua resposta a este e-mail para agendarmos uma conversa inicial, o horário será marcado de acordo com a sua disponibilidade e a do terapeuta.

O Sr. poderá encontrar maiores informações sobre o projeto e nossa equipe nos links:

http://www.ufjf.br/crepeia/

https://www.facebook.com/programaalcoolesaude/

Informamos que o projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora (Nº 1.360.973) e da Universidade Federal de São Paulo (Nº 618.149-0)e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), e segue todos os preceitos éticos da Resolução do CFP 011/2012.

Atenciosamente,

Mariana F. L. Cançado

Psicóloga

Programa Álcool e Saúde

Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas (CREPEIA)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Anexo 3- E-mail resposta

Prezado/a Sr/a,

Fico feliz com seu interesse em participar deste projeto.

Para começarmos é necessário que conversemos um pouco sobre você, seu consumo de álcool e avaliar se esta intervenção pode ser vantajosa para você neste momento. Esta avaliação é feita por vídeo conferência, por meio do Skype ou Hangout do Gmail, para isso vou precisar que você me envie seu nome Skype (nome que está cadastrado) ou contato do Gmail. Meu nome é terapeuta alcool e saude, e entrarei em contato pelo Skype ou Hangout com você no dia e hora marcados.

Caso não possua o programa o mesmo se encontra disponível gratuitamente para download no seguinte link: http://www.skype.com/pt/

Para facilitar tenho os seguintes horários disponíveis para a próxima semana, caso nenhum destes seja possível aguardo uma sugestão de horário:

- opção 1
- opção 2
- opção 3
- opção 4
-

Aguardo a confirmação da data e seu nome Skype,

Até breve,

Mariana F. L. Cançado

Psicóloga

Programa Álcool e Saúde

Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas (CREPEIA)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Anexo 4- Readiness to Change Questionnaire-RCQ

1. Eu acho que bebo demais

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

2. Estou tentando beber menos do que costumava beber

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

3. Eu gosto de beber, mas às vezes eu bebo demais

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

4. Às vezes eu acho que deveria reduzir o meu consumo de álcool

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

5. É um desperdício de tempo pensar sobre o meu consumo de álcool

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

6. Eu mudei recentemente meus hábitos de consumo

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

7. Qualquer pessoa pode falar sobre querer fazer algo relacionado ao consumo de álcool, mas eu estou realmente fazendo algo sobre isso

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

8. Eu estou em um momento em que eu deveria pensar em beber menos álcool

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

9. Algumas vezes, meu consumo é um problema

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

10. Sinto necessidade de pensar em mudar minha maneira de beber

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

11. Atualmente, eu de fato estou mudando meus hábitos de consumo

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

12. Beber menos álcool poderia me beneficiar

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Anexo 5- Addiction Severity Index versão 6- módulo álcool

***The Addiction Severity Index* (ASI6)**

Nome do paciente: _____ Terapeuta: _____

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

Histórico de Tratamentos

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

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

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

Quantos dias você:

	A. Últimos 6 meses	**B.** 30 Dias
D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas)?	[ ][ ][ ] 000 → D5	[ ][ ]
D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas? ex. dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc. -exclua medicações para dependência de nicotina.	[ ][ ][ ] 000 →D6	[ ][ ]
D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)?	[ ][ ][ ] [se nunca participou →D8]	[ ][ ]

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

Anos	Meses
[ ][ ]	[ ][ ]

Uso de Álcool

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

D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques[1] por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? [ ][ ]
>0 → D11

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

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

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

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

D14. Quando você bebeu pela última vez? [ ][ ][ ]

D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/ homens, 4 p/ mulheres) drinques em um dia? [ ][ ]
[00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]

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

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

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

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

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

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

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

D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool? [ ]
0 – Nada 3 - Consideravelemnte
1 - Levemente 4 - Extremamente
2 - Moderadamente

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

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

Comentários: _____

[1] Um drinque: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

Anexo 6- Mini International Neuropsychiatric Interview- M.I.N.I.

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

Anexo 7- Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool (IECPA)

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

Anexo 8- Adaptação Brasileira do University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)

URICA

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

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

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

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

	Discorda Muito	**Discorda**	**Indeciso**	**Concorda**	**Concorda Muito**
1 - No meu ponto de vista, eu não tenho nenhum problema que precisa de mudança.					
2 - Eu acho que posso estar pronto para alguma melhora pessoal.					
3 - Eu estou fazendo algo sobre meus problemas que estão me incomodando.					
4 - Vale a pena trabalhar o meu problema.					
5 - Não sou eu quem tem o problema. Não faz muito sentido para mim estar aqui.					
6 - Você está preocupado em voltar a ter o problema que você pensou que já tinha resolvido? ( )**Não** - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q7 ( )**Sim** Por isso estou aqui, para buscar ajuda.					
7 - Eu estou finalmente tomando providências para resolver meu problema.					
8 - Eu tenho pensado que posso querer mudar alguma coisa sobre eu mesmo.					
9 - Você tem tido sucesso em resolver seu problema? ( )**Não** - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q10 ( )**Sim** - Mas não tenho certeza que eu posso manter este esforço					

sozinho.					
10 - Às vezes meu problema é difícil, mas estou tentando resolvê-lo.					
11 - Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.					
12 - Eu espero que este lugar venha ajudar a me entender.					
13 - Eu suponho ter defeitos, mas não há nada que eu realmente precise mudar.					
14 - Eu realmente estou me esforçando muito para mudar.					
15 - Eu tenho um problema e realmente acho que deveria tentar resolvê-lo.					
16 - Você conseguiu mudar algo em relação ao seu problema? ( )**Não** - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q17 ( )**Sim** – Mas não estou conseguindo dar continuidade como eu esperava ao que já tinha mudado e, estou aqui para prevenir uma recaída.					
17 - Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou me esforçando para resolver meu problema.					
18 - Eu pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas algumas vezes eu ainda percebo que estou lutando com ele.					
19 - Eu espero ter mais ideias de como resolver meu problema.					
20 - Você começou tentar resolver seu problema? ( )**Não -** Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q21 ( )**Sim** – Mas gostaria de receber ajuda.					
21 - Talvez este lugar possa me ajudar.					
22 - Você fez alguma mudança em relação ao seu problema? ( )**Não** - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q23 ( )**Sim** - Mas eu posso precisar de um estímulo agora para ajudar a manter as mudanças que já fiz.					
23 - É possível que eu seja parte					

do problema, mas não acho que eu sou.					
24 - Eu espero que alguém aqui possa me dar boas orientações.					
25 - Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente fazendo alguma coisa sobre isso.					
26 - Toda essa conversa sobre psicologia é chata. Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer seus problemas?					
27 - Eu estou aqui para prevenir uma recaída.					
28 - É frustrante, mas eu acho que posso estar tendo uma recaída.					
29 - Eu tenho preocupações como todo mundo. Por que perder tempo pensando nelas?					
30 - Eu estou tentando ativamente resolver meu problema.					
31 - Eu preferiria conviver com meus defeitos a tentar mudá-los.					
32 - Depois de tudo que eu fiz para mudar meu problema, às vezes ele volta a me perseguir.					

Anexo 9- Questionário de Satisfação

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

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

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

Outra resposta:
_____
_____

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

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

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

O número de sessões ___

Ao terapeuta ___

Ao seu resultado ___

As atividades realizadas na terapia ___

A avaliação com os questionários ___

Quer fazer algum comentário sobre as avaliações acima?
_____
_____
_____

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

_____
_____

Anexo 10- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **Se o/a Sr. (a) decidir participar deste estudo, em um primeiro momento, será entrevistado por um psicólogo, que utilizará alguns questionários que avaliam o uso de álcool ou drogas e outras informações sociodemográficas. Essas entrevistas deverão durar cerca de 2 horas. Em seguida o Sr. (a) será encaminhado para a psicoterapia breve, que poderá ser presencial ou realizada via internet. Caso o/a Sr. (a) esteja lendo este Termo no site (www.informalcool.org.br) sua opção de tratamento neste estudo é exclusivamente pela internet. As sessões de terapia serão realizadas semanalmente, com cerca de 1 hora de duração. O conteúdo das sessões será registrado pelo psicólogo em seu prontuário e as mesmas serão gravadas. Para a gravação das sessões, o/a Sr (a) será informado previamente e deverá fornecer seu consentimento. A psicoterapia via internet será realizada por meio de ferramentas virtuais de comunicação utilizando-se o OpenFire e o protocolo Jitsi, ou o software livre *Skype*. A fim de garantir o sigilo das informações serão utilizados computadores exclusivos para a realização do estudo e todo o material utilizado será arquivado no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora, que segue todos os protocolos exigidos pelo Conselho Federal de Psicologia. O sigilo das informações dos pacientes atendidos estão sujeitos aos termos de privacidade do software *Skype*. Os procedimentos seguem todos os critérios do Conselho Federal de Psicologia, segundo a Resolução N° 011/2012, que regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação à distância e o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental (em anexo).**

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

Para participar deste estudo o/a Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou

recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.
Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O/A Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.
Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no **"Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora"** e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

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

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

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102- 3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PROFA. DRA. LAISA MARCORELA ANDREOLI SARTES
ENDEREÇO: RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N – DEP. PSICOLOGIA – ICH – CIDADE UNIVERSITÁRIA
CEP: 36036-900 – JUIZ DE FORA – MG
FONE: (32): 2102-3117
E-MAIL: laisa.sartes@gmail.com / laisa.sartes@ufjf.edu.br