

CIRILO LIBERATORI TISSOT

**A influência da família sobre a adesão ao
tratamento do dependente químico: um estudo piloto
sobre a emoção expressa.**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria
Orientadora: Profa. Dra. Carmita
Helena Najjar Abdo.

São Paulo

2006

DEDICATÓRIA

Para Maria Cristina, por sua coragem em abrir e viver novos caminhos, pelo respeito à liberdade, por sua inteligência e, mais do que tudo, por estar ao meu lado.

Aos meus filhos, Giancarlo, Giuliano e Giovanni Lucca, por me fazerem desejar ser uma pessoa melhor e descobrir que a nossa família é a melhor do mundo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por sempre demonstrarem orgulho, interesse e incentivo para com as minhas realizações e, acima de tudo, em nenhum momento terem feito eu duvidar de que sou amado, entendendo meus momentos de ausência.

Ao meu irmão, pela certeza de poder contar com a ajuda e apoio quando necessário, e por ser um grande parceiro de viagens.

À Greenwood, minha segunda família, origem de toda minha experiência, motivadora de curiosidade e desejo de conhecimento.

Ao meu colega, sócio e amigo Pablo, pelas oportunidades cedidas e pela confiança depositada.

Ao meu mais novo sócio, amigo e membro agregado da família, Carlos Ledo, pelos convites perdidos e por nunca ter negado apoio ao estudo e pesquisa.

Aos membros da equipe Greenwood, que sempre estiveram presentes na realização deste estudo: Silvinha e Fernanda e, com especial atenção, Helena, Fabiane e Yara, que participaram de uma forma ativa e intensa.

Ao Dr. Alex, Dr. Iler, Prof. Dr. Milani, Oscar e Prof. Dr. Zim, meus melhores amigos, pelo companheirismo nos piores e melhores momentos da vida.

Ao Dr. José Luis de Oliveira, meu primeiro mestre, padrinho e amigo, pelos ensinamentos que transcenderam os livros.

Ao Prof. Dr. Hélio Elkis por ter sido o primeiro a confiar e incentivar minha entrada para o mundo da pesquisa baseada em evidências.

À Prof. Dra. Carmita Abdo, minha especial orientadora, pela confiança depositada, praticidade, leveza e simpatia com que conduziu o estudo.

À Prof. Dra. Laura Guerra Andrade, pela disponibilidade em ajudar, interesse pelo estudo, pelos comentários inteligentes e encorajadores, demonstrando vibração em pesquisar e, mais do que tudo, pelo afeto. O meu mais profundo agradecimento e admiração.

À Prof. Dra. Márcia Scazufca, pelas críticas pertinentes e construtivas. Minha admiração pela contribuição valiosa que fez na pesquisa com famílias.

Ao colega Dr. Plínio Montagna, pioneiro neste campo com famílias no Brasil. Minha mais profunda homenagem.

Aos colegas do GREA, com especial atenção ao Prof. Dr. André Malbergier pelo acolhimento, e a Celi de Lima, pela eficiência e trabalho extra causado pela pesquisa, sempre me recebendo com um sorriso.

À secretaria da pós-graduação, Eliza Fukushima e Luciana Paula Ferreira, com especial atenção a Eliza, por ter sido uma pessoa marcante durante todo o trabalho, na eficiência, na dedicação, paciência e cuidado dispensado a mim. Oráculo da pós-graduação, onde tive meus melhores momentos de pânico e tranquilidade.

À Mônica Kayo e Luiz Renato Carreiro, pela descoberta fabulosa de suas habilidades ao final deste estudo, trazendo conforto, eficiência e segurança na efetivação desta dissertação.

Sumário

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1-INTRODUÇÃO.....	01
1.1-Princípios para um tratamento efetivo.....	02
1.2-Definição de comunidade terapêutica tradicional.....	03
1.3-Reabilitação em comunidade terapêutica.....	04
1.4-Importância da duração e permanência no tratamento como associação a melhores resultados.....	06
1.5-Fatores de adesão ao tratamento em comunidades terapêuticas.....	08
1.6-Sobre a involuntariedade ao tratamento em comunidades terapêuticas.....	11
1.7-Família.....	12
1.7.1-Características da família com alta e baixa EE.....	14
1.7.2-EE e a percepção de controle pela família.....	15
1.7.3-Estabilidade da Emoção Expressa ao longo do tempo.....	16
1.7.4-Emoção Expressa e dependência química.....	17
1.8-Justificativa.....	19
2-OBJETIVOS.....	22
2.1-Geral.....	22
2.2-Específicos.....	22
3-MÉTODO.....	23
3.1-DESENHO DO ESTUDO.....	23
3.2-A COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....	23
3.3-A AMOSTRA.....	24
3.3.1-Procedimentos éticos.....	24

3.3.2.-Tamanho da Amostra.....	24
3.3.3-Procedimentos para identificação dos casos.....	25
3.3.4-Critérios de inclusão e exclusão.....	25
3.3.4.1-Pacientes.....	25
3.3.4.2-Familiares.....	26
3.4-INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS.....	27
3.4.1-Pacientes.....	27
3.4.1.1-ASI (<i>Addiction Severity Index</i>).....	27
3.4.1.2-Outras fontes de dados.....	28
3.4.2-Familiares.....	28
3.4.2.1-Emoção Expressa.....	28
3.4.2.2-Outras fontes de dados.....	30
3.5-ESCOLHA DO “FAMILIAR CHAVE”.....	31
3.6-ANÁLISE DOS DADOS.....	31
3.6.1-Variáveis utilizadas na análise.....	32
4-RESULTADOS.....	35
4.1-Characterização geral da amostra.....	36
4.2-Familiares e EE.....	37
4.3-Tempo de permanência e as variáveis independentes.....	38
5-DISCUSSÃO.....	43
5.1-Limitações metodológicas.....	47
6-CONCLUSÕES.....	54
7-REFERÊNCIAS.....	55

ANEXOS

LISTA DE ABREVIATURAS

CT	Comunidade terapêutica
NIDA	<i>National Institute on Drug Abuse</i>
DARP	<i>Drug Abuse Reporting Program</i>
TOPS	<i>Treatment Outcome Prospective Study</i>
DATOS	<i>Drug Abuse Treatment Outcomes Study</i>
EE	<i>Emoção expressa</i>
CFI	<i>Camberwell Family Interview</i>
ASI	<i>Addiction Severity Index</i>

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 (Pág. 35)	Composição da amostra no início e a cada fase do projeto. Início (n=31); 6 meses (n=26); 12 meses (n=21) e 18 meses (n=12 sujeitos). Abandonos nos 18 meses (n=11) e permaneceram no tratamento até os 18 meses (n=12). Pacientes considerados “incompletos” se referem a pacientes que estavam em tratamento, mas não haviam completado o período de tratamento necessário para a análise.
Figura 2 (Pág. 37)	Representação das porcentagens relativas aos familiares chave.
Figura 3 (Pág. 40)	Frequência (%) de presença de hostilidade nos grupos de pacientes que abandonaram e continuaram o tratamento aos 6 meses.
Figura 4 (Pág. 41)	Frequência (%) de alto e baixo superenvolvimento emocional nos grupos de pacientes que abandonaram e continuaram o tratamento aos 18 meses.
TABELA 1 (Pág. 36)	Perfil demográfico dos pacientes no início do tratamento (n=31).
TABELA 2 (Pág. 38)	Perfil dos familiares segundo os componentes da EE ao início do tratamento (n=31).
TABELA 3 (Pág. 40)	Valores das análises estatísticas relativos à comparação do grupo que permaneceu no tratamento versus o que abandonou o tratamento aos 6, 12 e 18 meses.

Tissot CL. *A influência da família sobre a adesão ao tratamento do dependente químico: um estudo piloto sobre a emoção expressa* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006. 59p.

INTRODUÇÃO: O sucesso do tratamento de dependentes de álcool e outras drogas numa comunidade terapêutica (CT) depende fundamentalmente da adesão ao tratamento, ou seja, o tempo de permanência na comunidade. Sabe-se que pacientes que permanecem em tratamento por um período de pelo menos três meses têm uma evolução melhor do que aqueles que abandonam o tratamento precocemente. O ambiente emocional familiar tem grande influência na adesão ao tratamento, e pode ser medido por meio da emoção expressa (EE). **MÉTODOS:** Foram avaliados familiares de 31 dependentes de substâncias psicoativas e/ou de álcool, internados involuntariamente, por meio da versão abreviada e traduzida para o português da Entrevista Familiar de Camberwell (EFC). A partir de então, mediu-se a taxa de permanência na CT após seis, 12 e 18 meses. Foram avaliados os aspectos hostilidade, superenvolvimento e calor afetivo. A hostilidade foi abordada como ausente (pontuação igual a zero) ou presente (pontuação igual a 1, 2 ou 3). O superenvolvimento e o calor afetivo foram considerados de forma contínua (pontuação de zero a 5) e categorizada. Todos os possíveis pontos de corte foram estudados na procura de novas relações e significados dos componentes da EE para esta população específica e os achados da amostra. **RESULTADOS:** Foram considerados com alta EE para hostilidade 41,9% dos familiares entrevistados e 71% para superenvolvimento emocional; 25,8% destes familiares pontuaram para ambos os componentes da EE (hostilidade e superenvolvimento). Dos 31 pacientes, cinco (16,1%) desistiram do tratamento até os seis meses; dois pacientes desistiram entre o 6º e o 12º mês (25% de desistência em 12 meses) e

quatro abandonaram o tratamento entre o 12º e o 18º mês (47,8% de abandono em 18 meses). Houve uma associação significativa entre a presença de hostilidade e o abandono do tratamento antes dos seis meses ($p= 0,008$, teste exato de Fischer). Houve diferença significativa na frequência de superenvolvimento familiar entre o grupo que permaneceu 18 meses e o grupo que abandonou o tratamento ($p= 0,037$, teste de Mann-Whitney). Os pacientes que permaneceram em tratamento até os 18 meses tiveram uma frequência maior de familiares com alto nível de superenvolvimento familiar (≥ 4) ($p=0,012$; teste exato de Fisher). Não houve nenhuma associação entre o tempo de permanência e o calor afetivo.

CONCLUSÕES: Alta EE tem influência significativa sobre o tempo de permanência do dependente químico ou de álcool na CT. A presença de hostilidade foi mais frequente no grupo com o abandono prematuro do tratamento, enquanto o alto superenvolvimento do familiar foi mais frequente no grupo de pacientes que permaneceu em tratamento até os 18 meses. Estudos com uma população maior são necessários para apoiar esses achados.

DESCRITORES: transtornos relacionados ao uso de substâncias; família; alcoolismo; recusa do paciente ao tratamento; tempo de permanência; comunidade terapêutica.

Tissot CL. *The influence of family over treatment adherence in substance dependence: a pilot study on expressed emotion* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006. 59p.

BACKGROUND: The success of treatment for alcohol and other substance dependence in a therapeutic community (TC) depends greatly on the treatment adherence, i.e., the length of stay at the TC. It is well known that subjects who stay on treatment for at least three months have a better outcome, compared with those who early withdraw. The family emotional environment can be measured through expressed emotion (EE) and has great influence on treatment adherence. **METHODS:** 31 key-relatives of alcoholics and other substance dependents, who involuntarily began a treatment in a TC, were assessed through the Camberwell Family Interview (CFI) (shorter translated to Portuguese version). The proportion of subjects who remained on treatment in the TC was then measured after six, 12 and 18 months. Evaluated aspects included hostility, overinvolvement and warmth. Hostility was assessed as absent (score = 0) or present (score =1, 2 or 3). Overinvolvement and warmth were considered as continuous and categorized values (scores 0 to 5).

Every possible cutoff points were studied, in order to find new associations and meanings of EE components of this specific population and the length of stay in a TC. **RESULTS:** 41.9% of the relatives were considered as having high EE for hostility and 71% for overinvolvement; among those relatives with high EE, 25.8% had presence for both hostility and overinvolvement. Among the 31 patients, five (16.1%) abandoned treatment up to 6 months; 2 patients abandoned treatment between 6th and 12th month (25% treatment abandon in 12 months) and four abandoned the treatment between 12th and 18th month (47.8% treatment abandon at 18 months). There was a significant higher frequency

of presence of hostility in the group that abandoned before six months ($p=0.008$, Fischer exact test). A significant difference of familiar overinvolvement was found between the group who remained in the treatment up to 18 months and the group that abandoned treatment earlier ($p= 0.037$, Mann-Whitney test). Families with score = 4 for overinvolvement were more frequent in the group that remained on treatment up to 18 months ($p= 0.0012$; Fischer exact test). No correlation was found between warmth and length of stay at TC. **CONCLUSIONS:** High EE has a significant influence over the length of stay of the alcoholic or other substance dependent in a TC. The presence of hostility is more frequent among families of patients who prematurely abandon treatment, while higher score of overinvolvement was more frequent in the families of the group that completed 18 months of treatment in the TC. Further studies with larger population are needed to support those findings.

DESCRIPTORS: substance abuse; family; expressed emotion; alcoholism; treatment refusal; length of stay; therapeutic community.

1-INTRODUÇÃO

A dependência química é um quadro complexo caracterizado por grande ansiedade do indivíduo de usar e procurar pela droga de escolha, e que tem na compulsão sua característica principal, pois o uso persiste mesmo em face de conseqüências extremamente negativas para a pessoa. Para muitos, a dependência às drogas torna-se uma doença crônica, com possíveis recaídas mesmo após longos períodos de abstinência (NIDA, 2000).

Em nosso país, o número de indivíduos com dependência às drogas, segundo o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, revela que 11,2% dos brasileiros na faixa entre 12 e 65 anos são dependentes do álcool, 9,0% dependem do tabaco, 1,1% de benzodiazepínicos, 1,0% da maconha; já para a cocaína e outras drogas ilícitas, não se obteve significação matemática na pesquisa (Senad, 2001). O mesmo levantamento revelou que 60,9% e 45,8% dos entrevistados consideram “muito fácil” comprar maconha e cocaína no Brasil, respectivamente.

A compulsão por usar drogas pode assumir a vida do indivíduo, envolvendo uma larga extensão de problemas comportamentais que podem interferir no funcionamento normal da família, do trabalho e da comunidade (NIDA, 2000).

Está bem estabelecido que nenhuma proposta de tratamento isolada é eficaz para qualquer pessoa com diagnóstico de alcoolismo, havendo a necessidade de tratamentos diferenciados, baseados em características individuais dos pacientes (Project Match, 1993). Atualmente, já estão disponíveis algumas evidências relacionadas a fatores preditivos de bom ou mau prognóstico num tratamento. Uma revisão acerca da eficácia

do tratamento para dependência ao álcool e drogas, utilizando como parâmetro o tempo de manutenção da abstinência versus recaída, concluiu que 88% dos pacientes que conseguiram manter a abstinência nos seis primeiros meses pós-tratamento, não recaíram até o final dos doze meses (Hoffmann & Miller, 1993). Segundo os mesmos autores, aflição emocional, dificuldade de relacionamento e problemas familiares, dificuldades financeiras, fissura e permanecer com pessoas que usam álcool ou drogas dificultam o compromisso de manter a abstinência; um aumento na tensão em qualquer uma dessas situações anteriores pode ser preditivo de recaída. Outro trabalho ressalta a abstinência por três meses associada a um aumento significativo na qualidade de vida do paciente (Foster *et al.*, 2000). Permanecer por três meses em tratamento parece ser a fronteira para uma melhora significativa na efetividade do tratamento, sendo que períodos adicionais, além deste limite, produzem progressos extras em torno da reabilitação (NIDA, 2000).

1.1-Princípios para um tratamento efetivo

Em sua Conferência Nacional sobre tratamento da dependência química (1998), o Instituto Nacional sobre o Abuso de Drogas agrupou uma série de resultados de pesquisas científicas sobre tratamento e elaborou o que seriam os princípios para um tratamento efetivo (NIDA, 2000).

Dentre estes princípios, estão: nenhum tratamento isolado é apropriado para todos os pacientes; um tratamento, para ser efetivo, deve atender a múltiplas necessidades, não somente aquelas relacionadas ao uso das drogas, mas a todo fator médico, psicológico, social, vocacional e problemas legais associados ao uso; deve haver estratégias de engajamento que possam manter os indivíduos em tratamento para evitar que deixem o

programa prematuramente; a existência de comorbidade deve ser tratada conjuntamente com o problema da dependência química; um tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo e, finalmente, a reabilitação da dependência química pode ser um processo a longo prazo que frequentemente requer múltiplos episódios de tratamento (NIDA, 2000).

Um tratamento para a dependência química nunca é simples, ele deve ajudar a interrupção de uso de drogas e manter um estilo de vida livre das mesmas, enquanto se adquire um melhor funcionamento na família, no trabalho e na sociedade. Cada indivíduo dentro de um tratamento tem seu próprio ritmo de reabilitação, não existindo uma duração definida de tratamento. Dentro dos tratamentos de longa duração, o mais conhecido é a comunidade terapêutica (CT), que definiremos a seguir.

1.2-Definição de comunidade terapêutica tradicional

As Comunidades Terapêuticas (CTs) para dependentes químicos surgiram uma década após as CTs advindas dos hospitais psiquiátricos e inauguradas por Jones (1953) e outros na Grã-Bretanha (Rapoport, 1960; Kennard,1983). Apesar do nome Comunidade Terapêutica ser o mesmo para ambos, não existe nenhuma evidência da influência direta das CTs de Jones na origem e no desenvolvimento das CTs para dependentes às drogas e/ou álcool. As CTs para dependentes evoluíram para uma sofisticada modalidade de serviço nos últimos anos e estão distribuídas pelos Estados Unidos e em outros países, tendo uma média de 80.000 admissões anuais na América do Norte. O modelo desenvolvido nas CTs, baseado no aprendizado social, foi amplificado através de uma

variedade adicional de serviços direcionados à família, educação, vocação profissional, cuidados médicos e à saúde mental (De Leon, 1995).

Existem muitas instituições com propostas de tratamento em regime de internação e duração a longo prazo, mas nem todas são comunidades terapêuticas e nem todas as chamadas CTs são consideradas tradicionais. A CT dita tradicional possui um programa com duração de 15 a 24 meses e tem como objetivo básico efetuar uma mudança completa no estilo de vida do paciente, com abstinência total às drogas, redução de comportamentos anti-sociais e desenvolvimento de habilidades profissionais (De Leon & Schwartz, 1984). A comunidade terapêutica se diferencia de outras modalidades de tratamento de duas formas. Primeiramente, na sua visão global de tratamento guiada na explícita perspectiva sobre o problema do vício às drogas (considerada como uma doença do indivíduo na relação com o todo, onde o problema é a pessoa, não a droga), na pessoa (mais do que padrão de uso, os indivíduos são distinguidos por suas alterações psicológicas e deficiências sociais), na reabilitação (mudança global no estilo de vida e na identidade) e num modo adequado de vida. Em segundo lugar, o principal terapeuta, ou professor, é a comunidade. Ela é o contexto onde as mudanças ocorrem e também o método que facilita a mudança (De Leon, 1995).

1.3-Reabilitação em comunidade terapêutica

Apesar da comunidade terapêutica não ser indicada para todo tipo de paciente, estudos mostram sucesso na reabilitação em mais de 75% dos que completaram o tratamento e

um sucesso máximo a moderado em 50% dos que desistiram antes do término do mesmo (Rosenthal, 1984).

Em uma CT, os objetivos de tratamento são amplos. O principal objetivo psicológico é a mudança de características negativas do comportamento, do pensamento e do sentimento que predispõem ao uso das drogas; o principal objetivo social é o desenvolvimento da responsabilidade e de um estilo de vida sem drogas. A proposta de reabilitação para o indivíduo traduz-se numa mudança na capacidade do mesmo em tolerar a frustração, o desconforto emocional e o atraso nas gratificações, lidar com a baixa auto-estima, com problemas com autoridade, assumir responsabilidade, aumentar o controle dos impulsos, ser realista, dar conta dos sentimentos, aprender a lidar com a própria desonestidade, manipulação e autodecepção, bem como com a culpa. Existe uma proposta de mudança também para deficiências na leitura, na escrita, na atenção e na comunicação (De Leon, 1995).

Uma comunidade terapêutica tradicional propõe, geralmente, três principais fases para a reabilitação: a inicial (até três meses), o tratamento principal (quatro – 12 meses) e o reingresso (13 – 24 meses) (De Leon & Schwartz, 1984). O estágio inicial, ou de indução, é caracterizado pelo principal objetivo de conhecer clinicamente e orientar o paciente frente às necessidades de um tratamento a longo prazo, para favorecer a inserção dele através da total participação e envolvimento com as atividades da comunidade terapêutica. A segunda fase, ou tratamento principal, tem como objetivo as mudanças no nível psicológico e na esfera social, quando começam a surgir sinais de comportamento estável em contrapartida ao que ainda necessita ser modificado, tornando-se o próximo objetivo a ser alcançado sucessivamente. A terceira e última fase, ou fase de reingresso,

consiste na preparação para a separação sadia do paciente que reside na comunidade. Sua reinserção social ocorre gradativamente por meio do aumento de seu compromisso para com a sociedade, seja pelo trabalho durante meio-período ou em tempo integral, estudo ou outras atividades que demandem responsabilidade, sem deixar de participar do programa (De Leon, 1995).

Uma revisão sistemática realizada em sete comunidades terapêuticas tradicionais (De Leon & Schwartz, 1984) apresentou uma taxa de permanência no tratamento pelos residentes de 17 a 34% nos seis meses após a admissão e de 4 a 21% em até 12 meses. Condelli & De Leon, (1993) encontraram resultados compatíveis com o estudo anterior. Um terço dos 753 pacientes analisados e originados de cinco comunidades terapêuticas permaneceu por menos de 24 dias, metade permaneceu por menos de 65 dias e dois terços, menos que 98 dias.

1.4-Importância da duração e permanência no tratamento como associação a melhores resultados

Conforme já foi dito, nos Estados Unidos o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) considera que o paciente que permanece por três meses no tratamento apresenta uma grande melhora nos resultados pós-tratamento comparativamente aos que abandonam o tratamento antes (NIDA, 2000; Gossop, 1978).

De fato, uma série de estudos de observação em larga escala realizados até os anos 90 naquele país (*Drug Abuse Reporting Program – DARP*, 1969 a 1972, *Treatment Outcome Prospective Study – TOPS*, 1979 a 1981 e *Drug Abuse Treatment Outcomes*

Study – DATOS, 1991 a 1993) já sugeriam que os resultados dos tratamentos para uso de drogas estavam relacionados com o tempo de duração dos mesmos.

No entanto, por ainda não haver um consenso a respeito da existência de uma linearidade entre duração do tratamento e melhores resultados, bem como qual o limite mínimo de tempo que o paciente deve permanecer em tratamento para que melhores resultados comecem a ser observáveis, e buscando responder a esta questão, Zhang *et al.* (2003) publicaram um estudo de coorte que acompanhou 4005 pacientes entre 1993 e 1995, originários de 62 diferentes programas de tratamento nos Estados Unidos, incluindo desde programas ambulatoriais até outros originados de internações de curta duração, como também de internações a longo prazo. Concluíram que se sustentava a suposição de que a duração do tratamento é um importante preditor de resultados. Entretanto, este trabalho também avaliou que períodos maiores de 18 meses promovem um decréscimo nos benefícios ou ganhos terapêuticos (apesar de serem positivos).

Já o terceiro relatório do DATOS, um estudo sobre a prevalência de uso de drogas e de comportamentos associados nos Estados Unidos, com um seguimento de cinco anos de 1393 pacientes no pós-alta, concluiu a favor da linearidade, ao observar que os pacientes que permaneciam por seis meses ou mais em tratamento, não só tinham melhores resultados quanto ao uso de drogas, como também tinham uma redução nas atividades ilegais (dirigir embriagado, tráfico, assalto, furto e violência sexual) e um aumento na taxa de emprego em período integral (Hubbard, *et al.*, 2003).

Greenfield *et al.* (2004), analisando a evolução de 1154 mulheres, demonstraram que não só o tempo de permanência é importante no desfecho do tratamento, mas principalmente os objetivos alcançados naquele período. Pacientes que permaneceram

por mais de seis meses em tratamento obtiveram as maiores taxas de abstinência pós-alta (68% - 71%) comparativamente ao grupo que permaneceu por um período menor. Por outro lado, as pacientes que permaneceram no tratamento por pelo menos três meses, ou que atingiram seus objetivos no tratamento entre três a cinco meses, obtiveram taxas de abstinência após a alta tão boas quanto aquelas que levaram mais de seis meses para completar seus tratamentos (76% - 78%) e substancialmente melhores do que aquelas que não conseguiram finalizar o programa (51% - 52%), apesar de terem ficado por um período maior do que seis meses. Notadamente, entretanto, as mulheres que conseguiram terminar o tratamento com sucesso precisaram de seis meses ou mais para fazê-lo.

Em se tratando de CTs, evidências clínicas e de pesquisa mostraram que o tempo de tratamento em regime de longa internação, com duração de 18 a 24 meses, tem sido um ótimo período para adquirir algum nível de mudança interna. Entretanto, o aumento do número de dependentes a múltiplas substâncias que são moradores de rua, violentos, com distúrbios psiquiátricos e deficiências não reconhecidas requerem, ainda, períodos mais longos de permanência em CTs para um processo de recuperação, habilitando e reabilitando extensivamente as necessidades destes grupos. A duração do tratamento tem que ser consistente com a aquisição dos objetivos de reabilitação das CTs e contemplar a visão de desenvolvimento no processo de mudança (De Leon, 1995).

1.5-Fatores de adesão ao tratamento em comunidades terapêuticas

Em geral, um tratamento de longa duração está associado a melhores resultados no pós-alta. Entretanto, o desligamento precoce é comum em qualquer modalidade de

tratamento, indicando que a maioria dos admitidos em programas de reabilitação não permanece tempo suficiente para receber os benefícios de um tratamento (Condelli & De Leon, 1993; De Leon *et al*, 1997).

A reabilitação depende de pressões negativas e positivas que levam o indivíduo ao desejo de mudança. Alguns pacientes procuram ajuda motivados pelo estresse originado de pressões externas (preocupações legais, sociais, familiares, domésticas, com a saúde e com o trabalho). Outros são movidos por fatores mais intrínsecos ou razões íntimas que podem ser positivas (desejo ou procura por um novo estilo de vida, crescimento pessoal, melhor relacionamento social ou familiar) ou negativas (alívio da culpa, do ódio de si mesmo, ou do desespero baseado em mágoas e falhas nas relações consigo mesmo ou com outros). Para todos, entretanto, permanecer no tratamento requer uma continuada motivação para a mudança, mesmo no caso de terem sido as pressões extrínsecas que trouxeram o indivíduo, é a motivação intrínseca que sustenta continuamente a participação no processo de mudança. Estar intrinsecamente motivado significa perceber que ele mesmo (paciente) é o problema, em vez das drogas ou circunstâncias da vida, e que é ele quem deve mudar e não o mundo ao seu redor (De Leon, 1995).

Um estudo brasileiro sobre abuso de substâncias por adolescentes procurou determinar fatores associados ao consumo e adesão ao tratamento (Silva *et al.*, 2003). Este estudo não encontrou nenhuma associação com os dados sociodemográficos analisados e adesão ao tratamento. Um outro estudo brasileiro, anterior a este último, já havia encontrado o mesmo resultado ao analisar 169 pacientes, de diversas faixas etárias, que deram entrada em um programa ambulatorial (Castel, 1997). Neste último, pacientes

que permaneceram no seguimento após os seis meses de tratamento tinham uma maior incidência de tratamentos anteriores.

Os estudos que procuraram determinar especificamente a adesão a tratamentos em comunidades terapêuticas dividiram os preditores de adesão em quatro domínios: variáveis fixas do paciente, variáveis dinâmicas, variáveis de entrada do paciente no tratamento e variáveis do tratamento. As variáveis fixas dos pacientes incluem as variáveis demográficas (idade, gênero, raça, condição sócio econômica, emprego, história criminal, viver no centro ou no interior e estado civil) e a história e as características de uso da droga de escolha. As variáveis dinâmicas do paciente são os sentimentos de auto-estima, o conceito positivo de si mesmo e os sentimentos de bem-estar, bem como estar motivado para participar do programa de tratamento e os sentimentos de felicidade e esperança em relação ao futuro. As variáveis de entrada no tratamento estão ligadas à pressão externa exercida sobre o paciente no momento da entrada no programa, podendo ser uma pressão do sistema legal, familiar, dos amigos ou da empresa. As variáveis do programa estão ligadas às propostas que diferenciam as comunidades em tradicional e não tradicional. São as diferenças na proposta de reabilitação e funcionamento da equipe de profissionais que são avaliadas na procura de uma maior adesão do paciente ao tratamento (Condelli, 1994).

Condelli & De Leon (1993) procuraram explorar a associação entre variáveis fixas (dados demográficos e antecedentes) e variáveis dinâmicas (circunstâncias envolvidas na admissão e as motivações que levaram a procura por tratamento) com a adesão (tempo de permanência) e o sucesso do tratamento de 753 pacientes internados em cinco comunidades terapêuticas. Revelaram que existe um número pequeno de

características individuais que podem prever o tempo de permanência do paciente no tratamento ou o sucesso do mesmo, mas que as variáveis dinâmicas (se o paciente estava encarcerado imediatamente antes de ser internado) são melhores sinalizadores do que as variáveis fixas individuais (se o paciente usou drogas leves antes de iniciar o consumo das drogas pesadas). Este mesmo estudo afirmou que o mais consistente sinalizador para o tempo de permanência em comunidades terapêuticas ou outras internações a longo prazo, para dependentes químicos, foi o envolvimento prévio destes com o sistema de justiça criminal. Esta afirmação coincide com os achados de um estudo anterior (Siddall & Conway, 1988), que fez uma avaliação da associação das variáveis demográficas, psicológicas e interacionais com o tempo de permanência de 100 integrantes de um programa de tratamento de longo prazo. Concluiu que os melhores resultados estavam associados a admissões involuntárias por questões legais, ao envolvimento da família no tratamento, a um suporte social desenvolvido e estar empregado na ocasião da alta.

1.6-Sobre a involuntariedade ao tratamento em comunidades terapêuticas

Como os dependentes frequentemente oferecem resistência ao tratamento, técnicas coercitivas são frequentemente utilizadas para pressioná-los. Surge, então, o questionamento se os resultados obtidos em um tratamento involuntário justificariam o uso de tal pressão. Collins & Allison (1983) fizeram uma análise regressiva de 2200 indivíduos e concluíram que os pacientes que eram induzidos legalmente a procurar tratamento permaneciam por mais tempo neste e evoluíam tão bem quanto os que

procuravam ajuda voluntariamente. Este critério já está bem estabelecido nos dias de hoje (NIDA, 2000)

Uma pesquisa sobre pressão externa e o tempo de permanência em comunidade terapêutica referiu que alguns pacientes voluntários estão sob tanta pressão dos familiares ou de outras fontes, além da legal, quanto os pacientes involuntários que estão sob pressão do sistema de justiça criminal e que a grande maioria dos pacientes que aceitam participar de uma CT geralmente o fazem para evitar reais ou potenciais custos originados de ameaças ou de pressão externa. A ameaça de incorrer nestes custos permanece, na maioria dos casos, até a conclusão do tratamento (Condelli, 1989).

Um estudo, revisando fatores predisponentes de adesão ao tratamento em comunidades terapêuticas, relatou que poucos clientes entram para um programa de reabilitação sem haver qualquer um dos tipos de pressão externa existente (pressão legal ou familiar) e sugere, conseqüentemente, que as comunidades necessitam trabalhar com o sistema legal e a família para aumentar a adesão ao tratamento (Condelli, 1994).

Uma revisão sobre tratamentos compulsórios para dependentes químicos concluiu que a fonte mais comum de pressão social coercitiva eram os membros da família, seguidos pelo sistema legal, contrariando a ênfase das pesquisas nesta área que costumam focar o mandado judicial mais do que o sistema informal (família) (Wild et.al, 2002).

1.7-Família

A importância do indivíduo que faz abuso de drogas ser observado dentro do contexto familiar, ou vivendo dentro de um grupo estável, é permitir ao observador o

entendimento das características que mantém o paciente como abusador nos processos interacionais (Klagsbrun & Davis, 1977). O estresse presente na relação do paciente dependente com sua família tem explicação, entre outras teorias, na necessidade de controle dos familiares sobre o comportamento aditivo, ao mesmo tempo em que desqualifica o paciente na execução de tarefas de sua responsabilidade e o mantém dependente afetivamente, através da superproteção familiar (Imber-Black, 1994; Carter & McGoldrick, 1995). As dificuldades mais frequentemente encontradas nas relações familiares de dependentes estão na dimensão do envolvimento afetivo e do controle (Osterman & Grubic, 2000).

Pode-se avaliar o ambiente emocional em casa através das emoções expressas pelos familiares durante uma entrevista semi-estruturada elaborada por Brown e Rutter em 1966 e denominada *Camberwell Family Interview Schedule* (Brown & Rutter, 1966; Rutter & Brown, 1966). A emoção expressa (EE), quando comparada com outras variáveis presentes no paciente com esquizofrenia de início recente, é o mais significativo fator preditivo de recaída em psicóticos (Linszen *et al.*, 1997; Butzlaff & Hooley, 1998). A expressão “alta emoção expressa” foi adotada para indicar características dos familiares que se mostraram preditoras de recaída sintomática nos pacientes (Brown *et al.*, 1972). Segundo os autores, o termo “emoção expressa” designa um índice que inclui o número de comentários críticos feitos pelo familiar durante a entrevista, a presença de hostilidade e o grau de superenvolvimento emocional do familiar em relação ao paciente.

Uma revisão sistemática buscou analisar programas que visavam trabalhar a redução da alta emoção expressa nas famílias, e concluiu que os achados no grupo experimental versus grupo controle demonstraram uma melhora no curso da

esquizofrenia, com uma adesão maior dos pacientes ao tratamento medicamentoso e uma diminuição no número de hospitalizações (Mari & Streiner, 1994).

1.7.1- Características da família com alta e baixa EE

A medida da EE pode ser considerada um traço todas as vezes que reflete um desenho a longo prazo da interação da família, e como um estado quando é entendido como uma resposta a uma situação de estresse, refletindo o problema de sobrecarga do cuidador (Sczufca, 1996). Entretanto, o modelo mais encontrado na literatura conceitua a classificação de alta e baixa EE como medidas de um traço familiar (Wearden *et al.* 2000; Hooley & Hiller 2000). Wearden *et al.* (2000) descreveram um modo característico de reagir da família com baixa EE como sendo tolerante, não intrusiva e sensível às necessidades do paciente, enquanto a família com alta EE é intolerante aos problemas do paciente, intrusiva e usa estratégias impróprias e inflexíveis para lidar com as dificuldades. Hooley e Hiller (2000) descreveram que familiares de esquizofrênicos com alta EE relatam menor satisfação com as realizações pessoais e menos otimismo para com o futuro quando comparados com os familiares de baixa EE. Adicionalmente, familiares com alta EE são menos empáticos, menos flexíveis e menos tolerantes do que os de baixa EE.

1.7.2-EE e a percepção de controle pela família

Brewin *et al.* (1991), após perceberem a importância das crenças dos familiares sobre a esquizofrenia e sua relação com as medidas da EE, concluíram que famílias tidas como críticas e com hostilidade marcante consideravam mais os comportamentos do paciente como inerentes a ele (idiossincráticos) e controláveis pelo mesmo, do que os familiares com superenvolvimento ou com baixa EE. De modo semelhante, Barrowclough e colaboradores (1994) reforçaram esta idéia e sugeriram que as crenças dos familiares podem mediar diferentes respostas de enfrentamento, isto é, considerar um problema de comportamento como sendo interno e controlável pelo paciente conduziria a uma atitude de coerção sobre ele, para que voltasse ao normal. Por outro lado, acreditar que o paciente não pode ajudar a si mesmo e que seus problemas são devidos a causas externas leva os familiares a terem estratégias de tomar o controle e de fazerem coisas por ele (superenvolvimento). Hooley *et al.* (1987) levantaram a hipótese de que comportamentos que refletem claros sinais de problemas com a saúde mental, como os sinais positivos da esquizofrenia (crenças delirantes e alucinações auditivas), são mais fáceis de serem reconhecidos como parte integrante de uma doença e, portanto, com atributos incontroláveis. Já os sintomas negativos da esquizofrenia, tais como isolamento social, apatia e negligência pessoal seriam considerados mais como comportamentos com atribuições controláveis. Comportamentos como irritabilidade, apatia e timidez podem ser encontrados na maioria das pessoas, pelo menos em menor intensidade, vez por outra (Wearden *et al.* 2000; Barrowclough & Hooley 2003). A cultura ocidental culpa o dependente de drogas ou álcool por seu comportamento, por esperar um controle do

mesmo (Turner, 1998). Lopez *et al.* (1999) encontraram associação entre as atribuições que os familiares dão ao dependente químico e a presença de um potente controle sobre os sintomas e sobre os problemas do mesmo. Barrowclough *et al.* (2005) relataram que familiares de pacientes com esquizofrenia e uso de drogas apresentavam, no estudo em questão, um índice maior de hostilidade quando comparados aos familiares que não tinham os pacientes com problemas de drogas.

1.7.3-Estabilidade da Emoção Expressa ao longo do tempo

Diversos estudos mostraram que a EE não é uma medida estável, e que o nível de EE está sujeito a flutuações ao longo do tempo, independentemente da existência ou não de intervenção terapêutica na família (Brown *et al.*, 1972; Hogarty *et al.*, 1986; Leff *et al.*, 1990). As mudanças na EE podem ocorrer a qualquer momento após a primeira avaliação e em qualquer um de seus componentes (comentários críticos, superenvolvimento e hostilidade). Podem ocorrer espontaneamente da alta EE para baixa EE ou o inverso, sendo este último menos freqüente (Scazufca, 1996). No entanto, a maioria dos trabalhos existentes aponta que entre 50 a 68% dos familiares tendem a manter o mesmo nível de EE durante o período de observação. O resto dos familiares varia a alta ou baixa EE inicial durante o seguimento (Bellver *et al.*, 2005). Estes achados sugerem que existem fatores subjacentes, como características dos pacientes, familiares e a interação entre eles, que mudam com o passar do tempo e que podem estar influenciando a medida da EE.

1.7.4-Emoção Expressa e Dependência Química

Se, por um lado, existe uma vasta literatura relatando fatores familiares influenciando o resultado do tratamento e a evolução de diversos quadros psicopatológicos, através da mensuração dos níveis de emoção expressa (EE) nos parentes e as recaídas nos membros diagnosticados, por outro lado, até o momento, existem apenas dois trabalhos na literatura que abordam níveis de emoção expressa e sua influência no tratamento da dependência química (Fichter *et al.*, 1997; O'Farrell *et al.*, 1998).

O primeiro destes trabalhos estudou 100 casos de pacientes internados para tratamento de dependência ao álcool, separados em dois grupos de acordo com a modalidade de ajuda recebida (grupo de auto-ajuda versus programa psico-educacional para a família). Concluiu que não existia diferença nos níveis de EE em familiares de alcoolistas, quando comparados a familiares de outras patologias. Havia uma leve evidência de que os familiares de alcoolistas possuíam um menor número de comentários críticos, quando comparados a famílias de depressivos. O estudo concluiu que a classificação de comentários críticos analogamente àquelas usadas para estados depressivos e esquizofrenia não eram preditivos de recaída para alcoolistas. Se os critérios de classificação para alta EE e baixa EE fossem modificados na contagem de comentários críticos dicotomizados em três ou menos versus quatro ou mais, segundo os autores, seria possível associar o número de comentários críticos a um maior número de recaídas entre os alcoolistas nos seis primeiros meses de seguimento. O mesmo resultado, porém, não foi demonstrado para o período dos 18 meses. Os autores referem que os

comentários críticos feitos pelos familiares no início de um tratamento intensivo não parecem ter um significado tão forte para os alcoolistas quanto o é para os esquizofrênicos na determinação de recaídas. Poucos familiares mostraram hostilidade ao paciente nesta pesquisa, não havendo associação entre hostilidade e número de recaídas nos seis meses e 18 meses, respectivamente. Comentários positivos dos familiares sobre os pacientes não tiveram relação com a forma de beber para o período de seis meses e 18 meses de seguimento. O estudo mostrou uma associação entre o número de recaídas, nos seis primeiros meses pós-tratamento, e o calor afetivo encontrado nos familiares “chave”, se a contagem para calor afetivo tivesse um corte de três ou menos e de quatro ou mais. Não foi encontrado a mesma associação para os 18 meses (Fichter *et al.*,1997).

A variável superenvolvimento também pôde ser associada como preditivo de recaída para o seguimento de 18 meses, mas sua utilização transcorreu ao contrário do curso de outras patologias. Neste caso, alta EE esteve associada a mais abstinência, ou seja, quanto maior o superenvolvimento familiar, maiores eram as chances do paciente permanecer em abstinência. Não existiu a mesma associação para superenvolvimento no seguimento dos seis meses, independentemente do número de corte escolhido na avaliação. Aqui fica uma contra-indicação de operacionalizar EE como uma combinação de comentários críticos, hostilidade e superproteção, pois no caso de alcoolistas não funcionaria desta forma, conforme relato dos autores.

O segundo artigo estudou 86 pacientes com dependência ao álcool e a emoção expressa dos respectivos cônjuges, associando os resultados com as recaídas no seguimento de 12 meses após início do tratamento ambulatorial (Terapia comportamental do casal versus uso do Antabus). O estudo conclui que os pacientes alcoolistas que

tinham cônjuges com alta EE apresentavam uma probabilidade maior de recaírem, além de recaírem mais cedo e gastarem maior tempo bebendo nos doze meses de seguimento, em contrapartida aos cônjuges com baixa EE. Esta associação continuou sendo válida após terem sido levados em conta idade, educação e gravidade do alcoolismo dos pacientes estudados (O'Farrell *et al.*, 1998).

Os dois artigos encontrados validaram o questionário de EE, aplicado a alcoolistas, como preditivo de recaídas. A exígua literatura a respeito do tema em pauta impede que outras considerações sejam feitas. Assim, o campo está aberto para que novos questionamentos e hipóteses gerem pesquisas e novas contribuições possam ser agregadas ao conhecimento sobre emoções expressas e dependência química.

1.8-Justificativa

Já está bem estabelecido que o tempo de permanência no tratamento em comunidades terapêuticas ou em outras modalidades de tratamento para indivíduos com dependência ao álcool ou outras drogas é influenciado pelo caráter voluntário ou compulsório deste. A pressão exercida sobre o indivíduo parece possibilitar uma permanência maior no tratamento, quando comparado aos pacientes do grupo de voluntários, sem comprometer desfavoravelmente o resultado final do tratamento (Collins & Allison, 1983). Ao contrário, os pacientes do grupo de internações compulsórias apresentam resultado final igual ou melhor que o grupo de voluntários. Porém, o número de pacientes reabilitados ou que chegam ao final do tratamento, descritos na literatura, é muito menor, comparativamente aos que se desligam já nos primeiros dias ou semanas

após serem admitidos em algum centro para reabilitação, mesmo na vigência de um mandado compulsório (Condelli & De Leon, 1993; De Leon *et al.*, 1997). Frente a isto, estudar a influência da família sobre a adesão do dependente químico no tratamento torna-se tema de relevância.

Por várias décadas, pesquisadores vêm tentando documentar o entendimento familiar e a reação conseqüente a vários estados de saúde e doença, nas características específicas de determinadas enfermidades e seu impacto sobre a família, bem como a continência familiar para doenças a curto, médio e longo prazo (Wearden *et al.*, 2000).

Neste sentido, esforços têm sido direcionados em torno de compreender o funcionamento da alta EE nas famílias, sua relação com diferentes quadros psicopatológicos e as variáveis que podem estar associadas com o seu desenvolvimento. A alta EE parece ser um construto universal, aparecendo em famílias com diferentes tipos de patologia, mas que também pode ser encontrada em famílias sem nenhuma patologia conhecida (Turner, 1998). A alta EE está presente, particularmente, em famílias que têm um membro com comportamentos que sobrecarregam os outros (Sczufca, 1996). Turner (1998) sugere que quanto mais crônica é a doença e quanto mais o indivíduo é visto como falhando em exercer controle sobre si mesmo, mais a alta EE estará presente. Neste sentido, o abuso de substâncias tende a ser um problema crônico, com a sociedade esperando que o indivíduo tenha a capacidade de exercer controle sobre seus comportamentos, mas ele não o faz. É provável, nestas condições, que estas famílias apresentem uma prevalência de alta EE. Uma hipótese a ser levantada é a de que a pressão exercida pela família sobre o indivíduo, para que este se trate, seja uma tentativa de exercer controle sobre ele, culminando com uma internação involuntária. A maioria

dos estudos associa a alta EE aos efeitos negativos provocados pela família no indivíduo nestas condições, levando a recaída. Porém, não há publicação sobre EE que trate da influência direta do familiar sobre a adesão ao tratamento, no caso de um dependente químico. Terá a rejeição do familiar hostil associação com um maior período de permanência do paciente no tratamento? O superenvolvimento estará associado a um menor tempo de internação? O calor afetivo do familiar promoverá alguma influência na adesão do paciente ao tratamento?

2-OBJETIVOS

2.1-Geral

Investigar os componentes da emoção expressa (EE) em familiares de pacientes internados involuntariamente, com diagnóstico de abuso ou dependência de substâncias psicoativas e/ou álcool, e suas possíveis relações com o tempo de permanência no tratamento destes pacientes.

2.2-Específicos

- 1- Avaliar se hostilidade, superenvolvimento e calor afetivo familiar têm associação com o tempo de permanência dos pacientes no tratamento.

- 2- Avaliar se as características individuais dos pacientes (dados demográficos, história e padrão de uso da droga de escolha) têm associação com o tempo de permanência no tratamento.

3-MÉTODOS

3.1-DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido com familiares de pacientes admitidos em uma comunidade terapêutica na zona sul da capital de São Paulo. O estudo teve um desenho prospectivo, com seguimento aos seis, doze e dezoito meses de tratamento. Os instrumentos padronizados de medição, *Camberwell Family Interview* – CFI (Brown & Rutter, 1966; Vaughn & Leff, 1976) e *Addiction Severity Index* – ASI (McLellan *et al.*, 1992) foram utilizados dentro da primeira fase do tratamento ANEXOS I e II.

3.2-A COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Este estudo foi realizado dentro de uma comunidade terapêutica tradicional, cuja proposta de reabilitação de longo prazo (18-24 meses) é dividida em duas fases. A primeira fase é a da internação e a segunda da ressocialização em regime de hospital-dia. Após este período, existe a possibilidade de continuidade do programa através de consultas ambulatoriais (terceira fase).

Dentro desta proposta terapêutica está também regulamentada, junto ao Ministério Público e ao Conselho Federal de Medicina (resolução CFM nº 1407), a possibilidade da presença de pacientes no tratamento de forma involuntária, seja por indicação médica e tendo a família como responsável legal, ou por indicação judicial e sob responsabilidade do curador legal, este podendo ser ou não um membro da família.

Para que o paciente evolua da internação para a segunda fase do tratamento (Hospital – Dia) é necessário o consenso entre a equipe clínica, a família e o paciente sobre a capacidade, deste último, de ter mudado seu estilo de vida e de manter a abstinência total às drogas e ao álcool, dentro de um contexto novo, caracterizado por maior autonomia, mas tendo ainda uma liberdade parcialmente vigiada.

Este estudo acompanhou os pacientes e seus respectivos familiares até completarem 18 meses de tratamento.

3.3-A AMOSTRA

3.3.1-Procedimentos Éticos

Os pacientes e seus respectivos familiares foram informados de que participariam de um projeto de pesquisa e somente foram incluídos quando concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O protocolo deste estudo piloto foi submetido e aprovado pela Comissão de Normas Éticas e Regulamentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

3.3.2.-Tamanho da Amostra

Não havendo estudos prévios que definissem o tamanho ideal da amostra, este estudo tornou-se um projeto piloto para a uma base de cálculo para futuros trabalhos.

3.3.3-Procedimentos para identificação dos casos

Todos os pacientes que deram entrada na Comunidade Terapêutica entre janeiro de 2003 e dezembro 2005 foram imediatamente esclarecidos e passaram por um processo de identificação dentro dos critérios de inclusão.

3.3.4-Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão e exclusão foram usados para identificar todos os pacientes potencialmente elegíveis para seguimento neste estudo e que deveriam ter familiares envolvidos no tratamento.

3.3.4.1-Pacientes

Os critérios de inclusão dos pacientes se compunham de:

- 1- Idade superior a 16 anos;
- 2- Admissão na comunidade terapêutica por apresentarem, como primeiro diagnóstico, quadro de abuso ou dependência de substâncias psicoativas e/ou álcool de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 1994);
- 3- Possuir familiar responsável pela internação;
- 4- História recente de risco de vida para si ou para outros ao seu redor;
- 5- Indicação médica protocolada ao Ministério Público para internação involuntária;

- 6- Ter moradia fixa no território nacional;
- 7- Falar português;
- 8- Ser alfabetizado e
- 9- Ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Critérios de exclusão:

- 1- Voluntariedade mantida durante todo o tratamento ou não haver pedido formal de involuntariedade por parte da equipe aos familiares e ao Poder Público;
- 2- Involuntariedade determinada por decisão judicial como pena alternativa por crime cometido;
- 3- Estar em tratamento na data final da análise dos dados, mas não ter alcançado ainda o período mínimo de seis meses para ser incluído na amostra.

3.3.4.2-Familiares

Os critérios de inclusão dos familiares se compunham de:

- 1- Terem participado da escolha do tratamento;
- 2- Não haver discordância interna da família quanto a esta escolha;
- 3- Serem os responsáveis legais pela internação involuntária;
- 4- Não serem pacientes em tratamento psiquiátrico;
- 5- Falarem português e

6- Terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Não houve critérios de exclusão para familiares, bastava que eles cumprissem os critérios de inclusão.

3.4-INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS

3.4.1-Pacientes

3.4.1.1-ASI (*Addiction Severity Index*)

O ASI (McLellan *et al.*,1992) é uma entrevista semi-estruturada (ANEXO II) destinada a reunir toda a informação necessária na admissão de um programa de tratamento para que este possa ser capaz de promover uma proposta de reabilitação mais adequada ao indivíduo, que está à procura de ajuda, obtendo dados de sete áreas comumente envolvidas no uso de substâncias: condição médica, situação ocupacional, modo de uso de drogas e álcool, atividades ilegais, problemas familiares e sociais e problemas psiquiátricos. Utilizado como entrevista clínica de rotina pela comunidade terapêutica em questão, é aplicada por profissionais independentes, qualificados e treinados na sua avaliação.

A entrevista compõe-se de perguntas objetivas, que fornecem informações quanto a número, intensidade e duração dos problemas em cada uma das sete áreas, e questões subjetivas. As questões subjetivas são colhidas de duas formas diferentes. O próprio

paciente, ao final de cada área, faz uma estimativa de pontuação de gravidade por meio de uma escala previamente clarificada ao entrevistado. A gravidade, neste caso, está ligada ou é definida como a necessidade de tratamento extra que o indivíduo pensa necessitar em cada uma das áreas selecionadas. A outra forma subjetiva de computar a gravidade é fornecida pelo entrevistador. Da mesma maneira que o entrevistado, o entrevistador segue uma escala previamente elaborada.

3.4.1.2-Outras Fontes de Dados

Cada paciente passou por uma avaliação psiquiátrica para diagnóstico da dependência a substâncias psicoativas e/ou álcool, bem como para diagnóstico de possível comorbidade, segundo critério do DSM-IV (APA, 1994). O responsável por este estudo teve acesso total aos prontuários e aos profissionais responsáveis por cada caso durante toda evolução do tratamento.

3.4.2-Familiares

3.4.2.1-Emoção Expressa

Para avaliação da emoção expressa foi aplicada a Entrevista Familiar de Camberwell (EFC) (Vaughn & Leff, 1976), em versão abreviada e traduzida para o português (Montagna, 1981) (ver ANEXO I). Cada entrevista foi agendada individualmente com cada membro da família e gravada. O familiar foi primeiramente

convidado a falar livremente sobre a história dos problemas do paciente e, em seguida, mais especificamente, sobre como estava o paciente nos três meses de convívio prévios à internação. Uma visão detalhada do relacionamento foi traçada no que tange à rotina do lar durante toda a semana, como a família aproveita o tempo livre e como o aparecimento dos problemas afetaram as relações.

Foram analisados neste estudo os seguintes componentes da Emoção Expressa:

- a) **Superenvolvimento** - medido através de comportamentos de auto sacrifício, intrusão ou exagerada responsabilidade pelos sintomas do paciente, com pontuação 0 para ausente, 1 para muito pouco, 2 para algum, 3 para moderado, 4 para alto e 5 para marcadamente alto;
- b) **Hostilidade** - medida através de sentimentos negativos de generalização ou de rejeição ao paciente, sendo a pontuação 0 para ausente, 1 para generalização, 2 para rejeição e 3 para o conjunto de ambas anteriores (generalização mais rejeição);
- c) **Calor Afetivo** – medido através de sentimentos positivos de afeição que aparecem espontaneamente durante a entrevista, como simpatia, preocupação, empatia e interesse pela vida da pessoa, sendo a pontuação 0 para ausente, 1 para muito pouco, 2 para algum, 3 para moderado, 4 para alto e 5 para marcadamente alto.

O investigador responsável pela aplicação e avaliação do material verbal e não verbal e das pontuações resultantes da mesma foi treinado pela Dra. Christine Vaughn (idealizadora da versão abreviada da EFC) e obteve os seguintes coeficientes de concordância para taxa de confiabilidade entre o profissional treinado e o banco de dados da Universidade de Londres para outros entrevistadores: 0,83 para comentários críticos; 0,76 para superenvolvimento emocional; 0,76 para hostilidade; 0,84 para calor afetivo; 0,72 para comentários positivos e 0,82 de contagem geral para EE.

A consistência dos resultados da EE foi baseada em avaliações do mesmo material em momentos diferentes e pelo mesmo investigador, com seus resultados comparados ao comportamento demonstrado pelo familiar na presença do paciente ou relacionado a ele na evolução do tratamento, através da observação direta do investigador principal ou relato de fatos descritos no prontuário do paciente. Comportamentos relacionados à procura insistente de contato com o interno e sofrimento pela separação confirmavam o superenvolvimento e comportamentos de afastamento e recusa em estabelecer contato pessoal com o paciente ou por telefone foram associados a hostilidade.

3.4.2.2-Outras fontes de dados

Da mesma forma que para a obtenção de dados dos pacientes internados, o responsável por este estudo teve acesso total aos prontuários e profissionais responsáveis pelos familiares, em cada caso, durante toda evolução do tratamento, de onde foram retirados dados referentes a idade, escolaridade e profissão dos familiares, bem como

dados relevantes sobre presença de doença mental na família e comportamento dos familiares durante a internação.

3.5-ESCOLHA DO “FAMILIAR CHAVE”

Quando dois ou mais familiares do mesmo paciente foram entrevistados, foi considerado como “familiar chave”, segundo critérios já bem estabelecidos em estudos anteriores (Leff & Vaughn, 1985; Scazufca, 1996; Fichter *et al*, 1997), aquele que despendia mais tempo com o paciente, que era mais envolvido com os cuidados sobre ele e que, provavelmente, continuaria em maior contato com o paciente após a alta da internação. Quando havia mais de um familiar dentro destes critérios, foi considerado o “familiar chave” aquele que teve a pontuação mais elevada para superenvolvimento e hostilidade. Neste estudo, foi agregado um novo critério aos anteriores: aquele familiar que demonstrou estar à frente na responsabilidade pela internação involuntária e que teve maior parceria com o tratamento, através de maior tempo gasto em participar das atividades propostas pelo programa e com maior interesse pela reabilitação, foi escolhido como “familiar chave”.

3.6-ANÁLISE DOS DADOS

Os dados colhidos foram tabulados no software SPSS versão 10.0, por meio do qual foi realizada a análise estatística. As variáveis categorizadas foram descritas através

das frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas através dos valores mínimos e máximos, medianas, médias e desvios padrão.

3.6.1-Variáveis utilizadas na análise

Variável Dependente: Permanência em tratamento

Os pacientes foram acompanhados desde a admissão e categorizados em dois grupos, os que permaneciam em tratamento após os períodos de corte de seis, doze e dezoito meses e os que desistiam antes destes períodos. Foram incluídos neste estudo os pacientes que não tinham ainda uma data de conclusão (alta ou desligamento) do tratamento, isto é, alguns pacientes permaneceram no tratamento por seis ou doze meses, mas não haviam completado respectivamente o período de doze ou dezoito meses, por ainda estarem em tratamento na data final desta análise. A avaliação da adesão ao tratamento foi medida pelo período de permanência do paciente dentro desta comunidade terapêutica em estudo, isto é, o tempo decorrido de internações anteriores em outras instituições não foi considerado, nem mesmo as reinternações. Da mesma forma, a adesão a outro tratamento e retorno ao mesmo após o desligamento não foram levados em conta. Não foram considerados cortes acima dos 18 meses, pelo fato deste estudo ter usado como parâmetro os trabalhos de Fichter *et al.* (1997) e O'Farrel *et al.* (1998), cuja metodologia se desenvolveu dentro deste mesmo período de corte e, também, pelo fato do estudo de Zhang *et al.* (2003) ter dado mais importância aos pacientes que

permaneciam até 18 meses em tratamento como tempo ideal para maiores ganhos terapêuticos.

Variáveis Independentes: Emoção Expressa

Três variáveis refletem a emoção expressa neste trabalho: hostilidade, superenvolvimento e calor afetivo. As observações do “familiar chave” de cada paciente foram as consideradas nesta etapa. A hostilidade foi abordada como ausente (pontuação igual a zero) ou presente (pontuação igual a 1, 2 ou 3). O superenvolvimento e o calor afetivo foram considerados de forma contínua (pontuação de zero a 5) e categorizada. Todos os possíveis pontos de corte foram estudados na procura de novas relações e significados dos componentes da EE para esta população específica e os achados da amostra (Fichter *at al.*, 1997).

As demais variáveis independentes consideradas foram os dados demográficos dos pacientes (sexo, estado civil, idade, grau de instrução completa e situação profissional antes da admissão), história anterior de envolvimento legal, tempo de uso da droga de escolha, presença de tratamentos ou internações anteriores e de comorbidade.

Para o estudo da associação das variáveis categorizadas com o tempo de permanência, foi adotado o teste qui-quadrado de Pearson ou, caso este não fosse adequado (presença de valor esperado abaixo de cinco em alguma casela da tabela), o teste exato de Fisher. Para o estudo da associação das variáveis contínuas com o tempo de permanência, foi utilizado o teste t de Student ou, quando os dados não tinham

distribuição Normal, o teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas realizadas foi de 5%.

Por se tratar de um estudo piloto e devido ao tamanho amostral, a análise multivariada não foi realizada.

4-RESULTADOS

Dentro do prazo estabelecido, 35 famílias concordaram em participar do estudo, mas somente 31 foram incluídas efetivamente (Figura 1). Uma das famílias não preencheu o critério de inclusão pelo fato da involuntariedade ter sido determinada por decisão judicial, enquanto em outra família o paciente permaneceu voluntário durante todo o período de observação. Já em outras duas famílias, os pacientes estavam em tratamento na data final da análise dos dados, mas não haviam ainda alcançado os seis primeiros meses do programa.

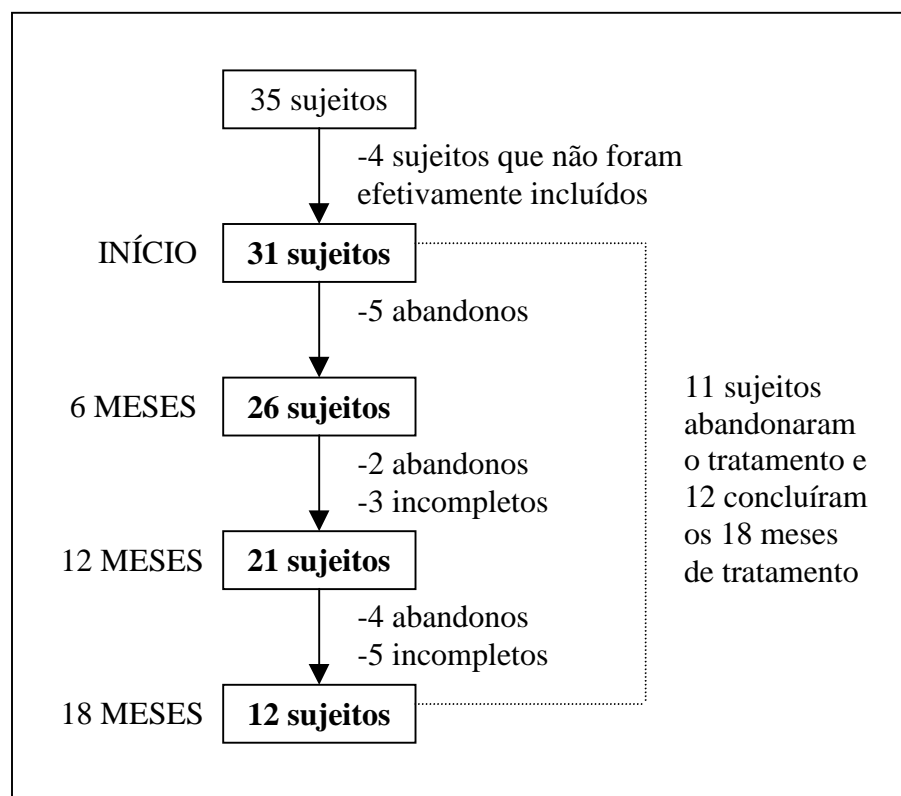


Figura 1: Composição da amostra no início e a cada fase do projeto. Início (n=31); 6 meses (n=26); 12 meses (n=21) e 18 meses (n=12 sujeitos). Abandonos nos 18 meses (n=11) e permaneceram no tratamento até os 18 meses (n=12). Pacientes considerados “incompletos” se referem a pacientes que estavam em tratamento, mas não haviam completado o período de tratamento necessário para a análise.

4.1- Caracterização geral da amostra

A média da idade dos pacientes que participaram do estudo foi de 27,7 anos e com um desvio padrão de 8,8 anos, sendo 16 e 53 anos a menor e a maior idade registrada, respectivamente. A amostra foi composta em sua totalidade por pacientes da raça branca, predominantemente por homens (80%), a maior parte era escolarizada com pelo menos o ensino fundamental completo (98%) e, dentre estes, 68% tinha o ensino médio completo. A maioria era solteira (77%), vivendo em centros urbanos (84%), morando com a família (67%) e sendo sustentado pela mesma (90%).

Faziam uso de drogas e álcool, regularmente, 61,3% dos pacientes. Outros 29% usavam várias drogas regularmente, mas não faziam uso de álcool e 9,7% usavam apenas álcool. O tempo médio de uso da droga de escolha prévios ao tratamento foi de oito anos e com um desvio padrão de 4,65 anos. Destes pacientes, 83,9% tinham feito algum tipo de tratamento anterior, quando 51,6% deles passaram por internação anterior. 48,4% apresentaram algum tipo de problema legal (envolvimento com a polícia) e 25,8% (oito pacientes) apresentaram comorbidade na avaliação da psiquiatria (Tabela 1).

TABELA 1: Perfil demográfico dos pacientes no início do tratamento (n=31).

<i>Variáveis</i>		<i>No. de ptes (%)</i>
Gênero	Masculino	25 (81%)
Moradia	Com a família	21 (84%)
Origem	Urbana	26 (84%)
Estado empregatício	Empregado	05 (16%)
Sustento	Família	28 (90%)
Tratamento anterior	Sim	26 (84%)
Internação anterior	Sim	16 (52%)
Comorbidade	Presente	08 (26%)
Estado legal	Com Problema	15 (48%)
Tipo familiar	Pais	27 (87%)

4.2-Familiares e EE

Os pacientes tinham como responsáveis em 45,2% das vezes ambos os pais, seguido por 32,3% somente pela mãe, 12,9% pelo(a) companheiro(a) e 9,7% unicamente pelo pai. Dos familiares considerados “chave” para este estudo 67,7% foram mães, 19,4% pais e 12,9% esposas (Figura 2). A avaliação da EE nestes familiares (Tabela 2), revelou alta (EE) para hostilidade em 41,9% dos familiares entrevistados e em 71% para superenvolvimento emocional, de acordo com o critério usado na maioria dos estudos sobre EE (Wearden *et al.*, 2000), isto é, pontuar igual ou mais que três para superenvolvimento. 25,8% destes familiares pontuaram para dois componentes da EE (hostilidade e superenvolvimento). A totalidade dos familiares, durante a entrevista, considerou seus parentes internados como portadores de uma doença (dependência química).

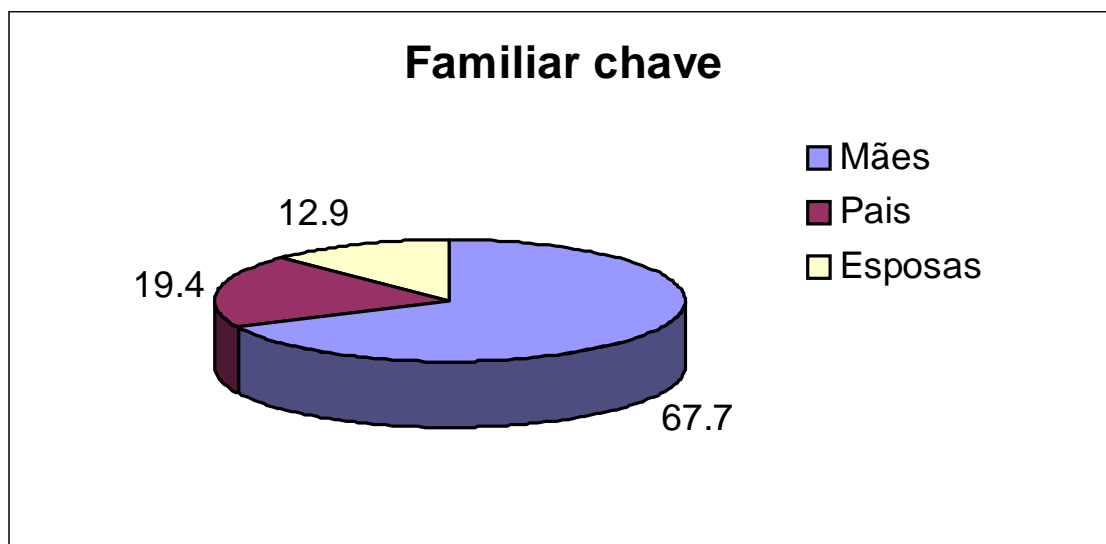


Figura 2: Representação das porcentagens relativas aos familiares chave.

TABELA 2: Perfil dos familiares segundo os componentes da EE ao início do tratamento (n=31).

<i>Fator</i>	<i>No. pctes (%)</i>	
Alta EE para superenvolvimento 3 *	Baixo	09 (29%)
	Alto	22 (71%)
Alta EE para superenvolvimento 4 **	Baixo	14 (45%)
	Alto	17 (55%)
Calor afetivo 3***	Baixo	18 (58%)
	Alto	13 (42%)
Calor afetivo 4****	Baixo	25 (81%)
	Alto	06 (19%)
Hostilidade	Ausente	18 (58%)
	Presente	13 (42%)
hostilidade+superenvolvimento	Sim	08 (26%)
	Não	23 (74%)

* Superenvolvimento categorizado para alta/baixa EE com ponto de corte = 3

** Superenvolvimento categorizado para alta/baixa EE com ponto de corte = 4

***Calor afetivo categorizado para alta/baixa EE com ponto de corte = 3

****Calor afetivo categorizado para alta/baixa EE com ponto de corte = 4

4.3-Tempo de permanência e as variáveis independentes

Do total de 31 pacientes, cinco deles desistiram do tratamento até o período de seis meses (16,1%), e dois outros desistiram no período entre seis e doze meses, perfazendo um total de sete pacientes desistentes durante o primeiro ano de tratamento. Do total de pacientes que permaneceram no tratamento, três não puderam ser incluídos na avaliação dos 12 meses, pois não haviam alcançado ainda este período, apesar de estarem em tratamento na data final de avaliação deste estudo. Considerando apenas os sete pacientes desistentes e os 21 que permaneceram em tratamento até o 12º mês, houve 25% de desistência. Outros quatro desligaram-se até os dezoito meses e outros cinco pacientes também não haviam completado o período de 18 meses na data final da análise, totalizando onze pacientes que abandonaram o tratamento durante todo o período

estudado. Considerando estes onze pacientes desistentes e os doze que permaneceram no tratamento até os 18^o mês, resulta em 47,8% de desistência até o final do estudo.

Utilizando-se do teste exato de Fisher para avaliar a associação da permanência dos pacientes e a hostilidade do familiar no tempo de corte de seis meses (Figura 3), houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,008$). Para comparar o grau de superenvolvimento familiar e o grau de calor afetivo entre desistentes e não desistentes, até o tempo de corte considerado, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para o corte de dezoito meses, a diferença no grau de superenvolvimento emocional entre os grupos foi estatisticamente significativa ($p=0,037$). Os resultados das análises estatísticas estão relatados na Tabela 3.

Categorizando-se o grau de superenvolvimento familiar em baixo ou alto e levando-se em conta todos os possíveis pontos de corte, obteve-se um $p=0,012$ (teste exato de Fisher) apenas para um corte igual ou maior a quatro para alto superenvolvimento emocional e permanência no tratamento nos dezoito meses (Figura 4).

TABELA 3: Valores das análises estatísticas relativos à comparação do grupo que permaneceu no tratamento versus o que abandonou o tratamento aos 6, 12 e 18 meses.

FATORES	SIGNIFICÂNCIAS		
	6 MESES	12 MESES	18 MESES
Sexo	0,553	0,622	0,640
Mora com família	1,000	0,371	0,155
Origem	1,000	0,574	1,000
Empregado	0,020	0,082	0,317
Quem sustenta	0,060	0,145	0,217
Tratamento anterior	0,020	0,038	0,317
Internação anterior	0,172	1,000	0,414
Comorbidade	0,291	0,141	0,317
Estado legal	1,000	1,000	1,000
Tipo familiar	0,008	0,038	0,317
Superenvolvimento 3	0,613	1,000	0,371
Superenvolvimento 4	0,636	0,198	0,012^a
Calor afetivo 3	0,625	0,103	0,684
Calor afetivo 4	0,241	0,144	1,000
Hostilidade	0,008^b	0,103	0,414

^a O grupo que permaneceu no tratamento até 18 meses teve uma presença significativamente maior de familiares com alto superenvolvimento do que o grupo que abandonou o tratamento.

^b O grupo que abandonou o tratamento até 6 meses teve uma presença significativamente maior de familiares com hostilidade em comparação ao que permaneceu no tratamento.

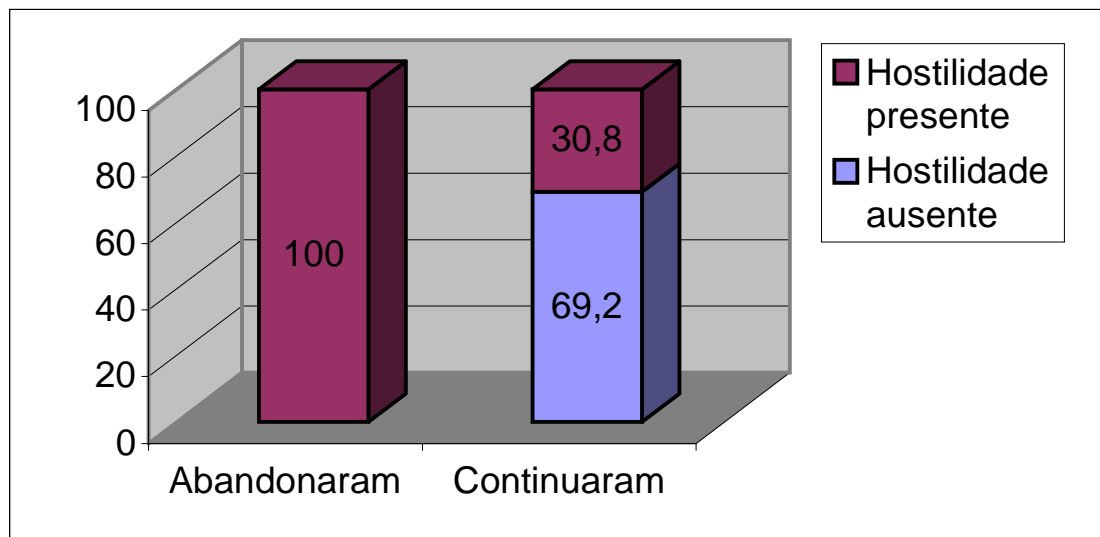


Figura 3: Frequência (%) de presença de hostilidade nos familiares dos pacientes que abandonaram e continuaram o tratamento aos 6 meses.

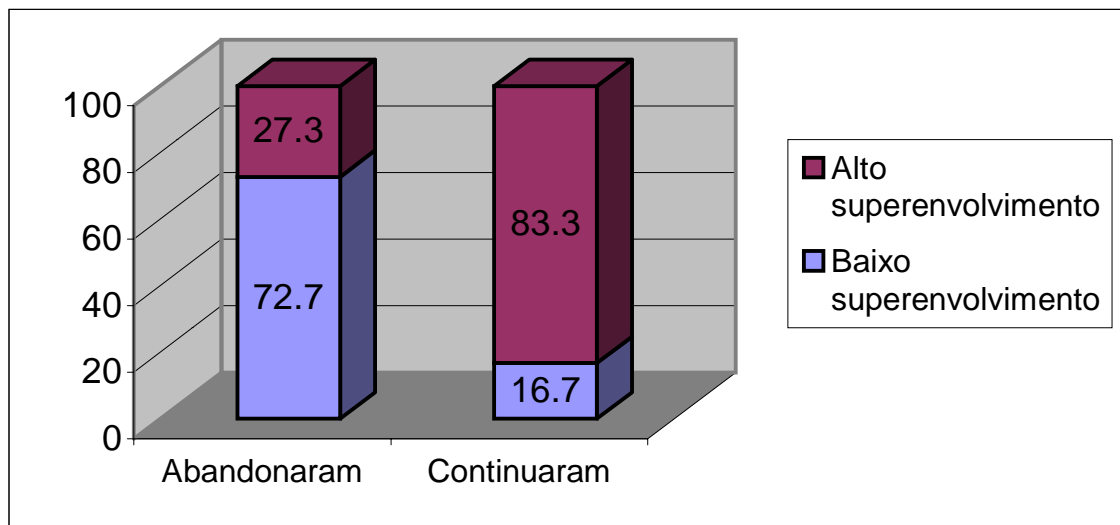


Figura 4: Frequência (%) de alto e baixo superenvolvimento emocional nos familiares de pacientes que abandonaram e continuaram o tratamento aos 18 meses.

Não foi observada nenhuma associação entre tempo de permanência e variável contínua para calor afetivo. Foram analisadas as outras variáveis independentes como, dados demográficos dos pacientes (idade, escolaridade, estado civil e gênero), situação de moradia (com familiar ou sozinho), origem urbana ou rural, situação profissional (empregado ou desempregado), principal fonte de sustento (própria ou familiar), existência de tratamento ou internação anterior, presença de comorbidade, situação legal, droga de escolha e tipo de familiar responsável (pais ou companheiros) e suas associações com o tempo de permanência nos seis, doze e dezoito meses. Para os seis meses, além da hostilidade familiar, foram encontrados outros dados significativos para idade ($p=0,056$), ausência de tratamento anterior ($p=0,020$), estar empregado ($p=0,020$) e ter o companheiro(a) como responsável pelo tratamento ($p=0,008$). Para os doze meses, os resultados obtidos foram significativos para permanência no tratamento e presença de

tratamento anterior ($p=0,038$) e os pais como familiar responsável ($p=0,038$). Para os dezoito meses não foram encontrados nenhum resultado significativo para as variáveis anteriores.

5-DISCUSSÃO

O perfil da amostra para média da idade, faixa etária predominante, gênero e escolaridade mostrou-se semelhante àquele encontrado em outras pesquisas sobre comunidades terapêuticas (Gossop, 1978; De Leon & Schwartz, 1984; De Leon *et al.*, 1993; Condelli & De Leon, 1993; Condelli & Dunteman, 1993; Melnick *et al.*, 1997; De Leon *et al.*, 1997), havendo um predomínio de adultos jovens (19 – 26 anos), homens (70 – 80%) e com uma média de escolaridade entre dez a onze anos. Entre as famílias com alta EE (87%) encontradas, 71% eram devidas ao comportamento de superenvolvimento emocional. Esta tendência já havia sido observada no trabalho de Martins *et al.* (1992) para famílias de brasileiros psicóticos, quando comparado a outras culturas, sobre a predominância de superenvolvimento em famílias latinas como determinante da alta EE, em detrimento aos comentários críticos e a presença de hostilidade. Mesmo assim, a porcentagem encontrada para superenvolvimento emocional (71%) foi elevada, quando comparada ao achado do estudo anterior (45%). Uma possível hipótese para este resultado é que, além do fato das famílias brasileiras já responderem de forma mais superenvolvida comparativamente a famílias de outras culturas, a totalidade dos familiares entrevistados nesta amostra consideraram que seus parentes internados estavam doentes, sendo assim, a interpretação deles é a de que os pacientes não poderiam ter se comportado melhor do que o fizeram, sendo a droga responsabilizada por todo o comportamento problemático. Possivelmente, esta forma de analisar o problema do paciente motive o familiar “chave” a desenvolver um sentimento de indulgência e de envolvimento para com a fragilidade do indivíduo produzida pela droga.

Foram considerados com alta (EE) para hostilidade 41,9% dos familiares entrevistados. Este resultado é maior do que o encontrado por Martins *et al* (1992) para familiares hostis (28%), mas está de acordo com o achado do estudo de O'Farrell *et al* (1998), onde 44% dos familiares de dependentes químicos (em sua maioria esposas) eram hostis.

Apesar do tamanho da amostra não permitir generalizações, neste estudo foi observada uma frequência significativamente maior de hostilidade entre os familiares de pacientes que abandonaram precocemente o programa de reabilitação durante os seis primeiros meses. Este resultado mostrou-se contrário à idéia corrente de que o familiar com hostilidade ao parente internado teria a tendência de abandoná-lo em internações longas como forma de manifestar a rejeição existente na relação. O resultado encontrado, no entanto, está mais de acordo com os estudos sobre familiares com hostilidade pelo fato deles serem pessimistas quanto ao futuro e intolerantes à dificuldade do paciente, conseqüentemente, não realizando um investimento no tratamento pelo tempo necessário para uma melhora efetiva, por não acreditarem na capacidade volitiva de mudança do paciente (Turner, 1998; Peterson & Docherty, 2004; López *et al*, 2004; Barrowclough *et al*, 2005). A interpretação do por que da procura por tratamento pela família viria, nestes casos, como uma tentativa de diminuir a sobrecarga do familiar responsável, sobrecarga esta, originada na necessidade crônica de cuidados do paciente; considerando os achados do estudo de Scazufca (1996) sobre a associação da alta emoção expressa e sobrecarga no cuidador.

Para os pacientes que desistiram do tratamento até os seis primeiros meses há outros fatores significativos associados ao tempo de permanência, além da hostilidade

familiar. O perfil do dependente químico que abandonou o tratamento precocemente nos seis meses foi um paciente que estava empregado antes da internação ($p=0,020$), nunca havia se tratado ($p=0,020$) e tinha o companheiro – e não o pai ou a mãe – como familiar responsável ($p=0,008$). Quanto a estar empregado, o resultado é contrário ao estudo de Siddall & Conway, (1988) para o qual a amostra, com dados demográficos idênticos aos desse trabalho, encontrou uma associação entre estar empregado e um maior tempo de permanência na internação. Por outro lado, se desconsiderarmos os pacientes que trabalharam para os próprios familiares, isto é, que foram sustentados de uma forma indireta pela família, o resultado não é significativo na associação para os seis meses. Este último resultado coincide com a maioria dos estudos onde a situação profissional não tem nenhuma influência na adesão do paciente ao tratamento (Gossop, 1978; De Leon & Schwartz, 1984; De Leon *et al.*, 1993; Condelli & De Leon, 1993; Condelli & Dunteman, 1993; Melnick *et al.*, 1997; De Leon *et al.*, 1997) . Não ter tratamento anterior está associado neste estudo com uma não adesão ao tratamento dentro dos seis primeiros meses. Este resultado coincide com o de Castel, (1997) para uma amostra de 179 dependentes químicos em tratamento ambulatorial, mas não foi encontrado nenhum outro trabalho na literatura cujo histórico de tratamento influencie na adesão do paciente em CT para qualquer período estudado. Ter o companheiro como responsável pelo tratamento tem uma associação significativa ($p=0,008$), tanto quanto a hostilidade, para que o paciente não permaneça no programa da CT além dos seis meses. Provavelmente, o lugar de responsável por uma internação involuntária tem um peso diferente para o cônjuge daquele ocupado pelos pais. Uma provável interpretação do agrupamento dos resultados anteriores é a de que este grupo, que se desligou durante os seis meses, tenha

um grau de autonomia maior na relação com a família do que o grupo que permaneceu em tratamento ou aparenta uma maior adequação social prévia a internação. Ao mesmo tempo, esta autonomia ou adequação social, como uma hipótese, pode ser interpretada pelo familiar como sendo a confirmação da “normalidade” do paciente, sendo os problemas comportamentais e o uso das drogas interpretadas como uma escolha pessoal, na qual o paciente tem total controle sobre suas atitudes e, assim, promovendo o aumento no grau de hostilidade do familiar.

No período dos doze meses há uma repetição dos resultados associada ao histórico de tratamento anterior ($p=0,038$) e ter o companheiro como responsável familiar ($p=0,038$); não foi encontrada a mesma associação para a situação profissional, como também, não foi encontrada nenhuma associação entre hostilidade e superenvolvimento para o período de doze meses.

O segundo achado deste estudo é a associação da permanência do dependente químico até os dezoito meses e familiares superenvolvidos ($p=0,012$). Esta associação foi encontrada mais especificamente elevando o ponto de corte da escala para superenvolvimento de três (moderado superenvolvimento) para quatro (alto superenvolvimento) para definir a família como sendo de baixa ou alta EE respectivamente. O familiar com alto ou marcadamente alto superenvolvimento apresentou na entrevista um comportamento claro de superproteção, demonstrou sacrificar a própria vida em função do paciente, demonstrou estar alerta as necessidades dele e sofrendo intensamente pelo distanciamento. O resultado encontrado contraria a idéia corrente entre os clínicos de que familiares muito apegados e com as características anteriores não conseguiriam manter um distanciamento do paciente internado por um

longo período. O achado deste estudo está de acordo com a afirmação de Wearden (2000), de que o comportamento de um familiar superenvolvido pode induzir o paciente, que não seja esquizofrênico, a comportar-se de um modo que seja benéfico para o curso da doença, como exemplo, promovendo uma maior adesão ao tratamento. Para podermos entender o resultado obtido temos que levar em conta as características descritas na literatura sobre os familiares superenvolvidos (Wearden *et al*, 2000; Barrowclough & Hooley, 2003). A compreensão de que o paciente é portador de uma doença e que isto o impossibilita de comportar-se melhor ou ter mais controle sobre suas próprias atitudes, faz com que o familiar envolvido tenha o desejo de protegê-lo, tornando-se um representante do mesmo para com as adversidades da vida. Frente a isto, uma interpretação possível seria a de que o familiar superenvolvido estaria sempre de prontidão, supervisionando o comportamento do paciente para com o tratamento, procurando intervir favoravelmente nesta relação todas as vezes que o paciente apresentasse qualquer sinal de desmotivação.

Não foi encontrada nenhuma outra associação significativa para adesão ao tratamento aos dezoito meses que não o superenvolvimento. O calor afetivo encontrado nos familiares não teve qualquer associação nos períodos estudados.

5.1-Limitações metodológicas

A motivação que impulsiona uma família a procurar ajuda para um de seus membros adoecido pela dependência química, mesmo contra o desejo dele, é ainda pouco estudada. Tem-se a idéia de que esta motivação é mediada pelo grau de envolvimento ou

pela necessidade de controle encontrado, geralmente, nos familiares dos dependentes químicos. É de senso comum a existência de diferenças entre as famílias, principalmente quando nos referimos ao nível de incomodo necessário para que a mesma tome a decisão de ser responsável por uma internação involuntária. De qualquer forma, todo familiar responsável por um paciente internado involuntariamente exerce inegável influência sobre o tempo em que o mesmo permanece no tratamento, já que a escolha pelo tipo de tratamento e a conseqüente adesão é totalmente do familiar, em um primeiro momento. Até que ponto esta influência persiste com o passar do tempo, ou melhor, continua a direcionar as condutas do paciente em relação ao tratamento está indeterminada, sendo uma das limitações deste estudo. Podemos afirmar que a influência é total e tem duração, pelo menos, enquanto persistir o involuntariado. Parece lógico, como uma hipótese, dizer que se a pressão da família está ligada ao comportamento do dependente químico e ao fato dele não querer se tratar, esta forma ou estado de comportamento da família se modificará todas as vezes que o paciente demonstrar uma melhora no comportamento e para com a reabilitação, isto é, comece a aceitar ajuda, tornando-se voluntário. É esperado que a influência familiar para que o paciente permaneça no tratamento diminua ou que seja desnecessária quanto maior for a motivação e autonomia do paciente para com sua reabilitação. Neste sentido, um instrumento que medisse o grau de motivação do paciente durante o tratamento poderia ajudar a dimensionar ou a contrapor o nível de voluntariedade versus a influência da família. Mesmo assim, continuaríamos sem saber, apesar da voluntariedade, o quanto da motivação do paciente seria devido ainda à influência da família, pois com certeza ela não termina com o voluntariado, como também estaria sendo ignorado o fato de que a motivação do paciente, na observação

clínica, não é uma medida estável, sendo possível que ela mude por várias vezes durante o tratamento e cada mudança seguida de um novo posicionamento familiar. Continuando na hipótese anterior, se a afirmativa de que o comportamento da família depende do comportamento do paciente for verdadeira, todo paciente que não apresentasse algum tipo de melhora permaneceria em tratamento, mesmo que sob pressão, até que esta (melhora) ocorresse, ou mesmo, todo paciente que tivesse evoluído no tratamento seria qualificado em sua autonomia pela família. Entretanto, o que se observa é que desligamentos promovidos pelos familiares acontecem prematuramente mesmo sem que haja tempo hábil para uma mudança de comportamento do paciente e a necessidade de controle permanece mesmo quando a melhora ocorre. Outra hipótese a ser investigada é a de que o posicionamento dos familiares na relação do paciente para com seu tratamento é complexo e não é determinado exclusivamente pelo modo como o dependente químico se comporta, isto é, sua influência pode persistir mesmo com o paciente estando melhor e voluntário. Podemos imaginar que existem outros fatores ou relações que influenciam a decisão do familiar e que esta, por sua vez, influencie o paciente em permanecer ou não no tratamento, como a presença de algum conflito na relação direta da família para com a comunidade terapêutica; como exemplo, pode haver uma mudança de idéia da família sobre a efetividade do tratamento ou a impossibilidade de custeá-lo pelo tempo necessário para se alcançar uma alta médica. Um instrumento que medisse o grau de satisfação da família para com o tratamento ou que investigasse as razões do desligamento poderia ajudar a controlar estas variáveis. Entretanto, o resultado da amostra deste estudo, quando foi comparado com os dados da literatura, apontou para uma discrepância importante relativa à frequência de desligamentos durante o tratamento.

A taxa de permanência neste estudo foi de 83,9% para os seis primeiros meses e de 75% para os 12 meses comparativamente aos 17 a 34% nos seis meses após a admissão e de 4 a 21% em até 12 meses encontrados em uma revisão sobre a taxa de retenção de pacientes internados em comunidades terapêuticas por De Leon & Schwartz, (1984). Indubitavelmente, temos um nível alto de aprovação do tratamento demonstrado pela taxa de permanência. Considerando que possa existir a hipótese de que os desligamentos sejam decorrentes da relação da família para com o tratamento, independentemente do paciente, esta hipótese não se aplicaria a esta amostra devido ao nível elevado de adesão dos familiares, transformando os familiares que desistiram em exceções a regra. Ocorreram dois desligamentos por razões administrativas, mesmo assim, uma delas após seis meses de tratamento e outra após um ano. Estes dois casos foram mantidos na amostra, pois, apesar da justificativa ser financeira para o desligamento, não foi possível afirmar com certeza sobre a veracidade do fato, isto é, o fato foi interpretado como uma mudança na idéia do familiar de investir no tratamento. Pelo fato de haver uma aprovação do tratamento pela grande maioria dos familiares e o conhecimento dos mesmos de que o investimento seria de longo prazo, não é provável que os desligamentos sejam devidos exclusivamente a relação da comunidade para com a família. Por outro lado, não podemos descartar tal possibilidade. Uma hipótese que levaria em conta todas as anteriores é a de que a influência da família sobre a permanência do indivíduo no tratamento é uma manifestação de um traço ou padrão familiar de reagir frente ao paciente e a tudo que estiver ligado a ele. Neste estudo, este padrão é representado pela emoção expressa do familiar, tendo sua medição nas manifestações de hostilidade, superenvolvimento e calor afetivo encontrados na relação da família para com o paciente.

Em outras palavras, este estudo não nega a existência de características individuais do paciente ou do tratamento que possam influenciar a decisão da família em manter ou influenciar o indivíduo a permanecer, ao longo do tempo, neste ou naquele tratamento, mas que a tomada de decisão ou a interpretação dos fatos da realidade está subordinada a um traço familiar, ou melhor, a presença de alta ou baixa emoção expressa na família. Neste estudo, principalmente, este traço familiar tem um peso consideravelmente maior do que as características individuais que poderiam estar influenciando diretamente na adesão ao tratamento, em função da involuntariedade.

Uma outra limitação a ser considerada decorre do fato que, apesar de este trabalho ter escolhido apenas valores globais da EE, isto é, medidas mais estáveis com o passar do tempo, não é possível afirmar se os níveis de hostilidade ou superenvolvimento mudaram ou não com a evolução do tratamento. Para tanto, teria sido necessária uma nova aplicação da EFC, em algum momento durante a evolução do tratamento, seja quando o paciente tornou-se voluntário, passou para a segunda fase do tratamento ou quando recebeu alta médica. Entretanto, houve um acompanhamento direto do comportamento dos familiares pelo pesquisador durante toda a evolução do tratamento, onde foi possível a observação de uma tendência à estabilidade nos valores dos componentes da EE achados na entrevista inicial. Os familiares demonstraram um padrão estável de funcionamento de acordo com os resultados da EFC colhidos na primeira fase do tratamento, com os familiares hostis evitando o contato com o paciente, não participando ou oferecendo resistência em participar das atividades propostas pela comunidade, enquanto os familiares superenvolvidos demonstravam um comportamento inverso, com dificuldade de respeitar as fronteiras delimitadas pelo tratamento na procura de um maior

contato com o paciente, bem como, mostrando um grande sofrimento pelo conseqüente aumento no distanciamento do ente querido. Nos pacientes que tinham os pais como responsáveis, a forma de atuação sobre o tratamento e o papel da hostilidade e do superenvolvimento na relação entre um pai hostil e uma mãe superenvolvida ou vice-versa não foi controlado. Para tanto, seria necessária uma análise estatística multivariada por regressão logística, mas o tamanho da amostra não permitiu tal procedimento. Outro ponto importante e limitante a ser levantado é que esta pesquisa acompanhou o tempo de permanência do paciente no tratamento independentemente do mesmo estar ou não evoluindo, isto é, um paciente pode permanecer por dezoito meses em tratamento e ainda estar internado, enquanto outro já estar prestes a ter a alta definitiva da segunda fase. Mais uma vez, há a dúvida se a influência da família teria peso diferente nos dois casos. O instrumento escolhido para este estudo (ASI) para avaliar a severidade da dependência química e a melhora ou evolução do paciente frente ao tratamento demonstrou-se ineficaz. Por ser um questionário desenvolvido para o paciente que está iniciando algum tipo de tratamento ambulatorial, fica subentendido a voluntariedade do mesmo e, desta forma, tornou-se inviável sua aplicação no paciente involuntário, pois a ausência de crítica sobre si mesmo, ao responder o questionário, levou para respostas não confiáveis e que não poderiam ser usadas posteriormente como parâmetro de evolução. Como exemplo deste fato, alguns pacientes referiram não ter qualquer problema com o uso de drogas, apesar de terem sido internados por este motivo. Por outro lado, por não existir nenhum instrumento voltado as características de um paciente involuntário, a escolha do ASI tornou-se a principal escolha, pois é um dos instrumentos mais utilizados ao redor do mundo para medir a severidade do uso das drogas.

As variáveis preditoras de adesão para CTs, utilizadas em outros estudos e já citadas anteriormente neste trabalho, perdem o significado na presença de um paciente involuntário e sob a responsabilidade da família. Pelo menos, num primeiro momento, as variáveis fixas e dinâmicas do paciente deixam de ter o peso que supostamente teriam nos primeiros meses de uma internação voluntária. A falta de autonomia do paciente, possivelmente decorrente da junção da gravidade do quadro clínico com a total dependência e o desejo do mesmo de não perder o conforto proporcionado pela família, faz com que o desligamento precoce seja uma decisão exclusiva do responsável familiar. É dentro deste contexto que este estudo torna-se único, pois em nenhum outro trabalho puderam-se agrupar características como estas, ou seja, a observação do familiar e sua influência direta sobre a adesão ao tratamento do paciente envolvido.

6-CONCLUSÕES

Quanto à capacidade preditiva de adesão ao tratamento da emoção expressa:

1-Hostilidade

A hostilidade do familiar “chave” foi significativamente mais frequente no grupo de pacientes com desligamento nos primeiros seis meses. Não foram encontradas associações para os períodos de 12 e 18 meses de tratamento.

2-Superenvolvimento

O grupo de pacientes com familiares com alto superenvolvimento emocional apresentou maior índice de adesão ao tratamento aos 18 meses na comunidade terapêutica. Não foram encontradas associações para os períodos de seis e doze meses de tratamento.

3-Calor Afetivo

O calor afetivo encontrado no familiar “chave” não teve nenhuma associação para qualquer um dos períodos estudados (seis, doze e dezoito meses).

7-REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.) Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Barrowclough C, Hooley JM. Attributions and expressed emotion: a review. *Clin Psychol Rev*. 2003 Nov; 23(6):849-80.
3. Barrowclough C, Johnston M, Tarrier N. Attributions, expressed emotion and patient relapse: An attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. *Behavior Therapy* 1994; 25:67-88.
4. Barrowclough C, Ward J, Wearden A, Gregg L. Expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenia patients with and without substance misuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 Nov; 40(11):884-91. Epub 2005 Oct 14.
5. Bellver F, Masanet MJ, Montero I, Lacruz M, Medina P. [Modification of family expressed emotion after a psychosocial intervention: stability in time] *Actas Esp Psiquiatr*. 2005 Mar-Apr; 33(2):102-9.
6. Brewin CR, MacCarthy B, Duda K, Vaughn CE. Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 1991 Nov; 100(4):546-54. Erratum in: *J Abnorm Psychol* 1992 May; 101(2):313.
7. Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*. 1972 Sep; 121(562):241-58.
8. Brown, GW & Rutter, M. The measurement of family activities and relationships. *Human Relations* 1966; 19: 241-63.
9. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Jun; 55(6):547-52.
10. Carter, Betty. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*/ Betty Carter e Monica McGoldrick tr. Maadrian Verissimo Veronese.- 2.ed.- Porto Alegre: artes Médicas, 1995 p.415-39.
11. Castel S. *Fatores de predição de prognóstico de farmacodependentes avaliados pela escala de seguimento de dependentes de substâncias psicoativas* [tese]. São Paulo. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. 1997.

12. Collins JJ, Allison M. Legal coercion and retention in drug abuse treatment. *Hosp Community Psychiatry*. 1983 Dec;34(12):1145-9.
13. Condelli WS, De Leon G. Fixed and dynamic predictors of client retention in therapeutic communities *J Subst Abuse Treat*. 1993 Jan-Feb; 10(1):11-6.
14. Condelli WS, Dunteman GH. Issues to consider when predicting retention in therapeutic communities. *J Psychoactive Drugs*. 1993 Jul-Sep; 25(3):239-44.
15. Condelli WS. Domains of variables for understanding and improving retention in therapeutic communities. *Int J Addict*. 1994 Apr; 29(5):593-607.
16. Condelli WS. External pressure and retention in a therapeutic community. *International Journal of Therapeutic Communities*. 1989; 10(4):21-33.
17. Conselho Federal de Medicina. Resolução Normativa n 1.407/94. *D.O.U.* 15-06-94; Seção I:8799.
18. da Silva VA, de Aguiar AS, Felix F, Rebello GP, Andrade RC, Mattos HF. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003 Sep; 25(3):133-8.
19. De Leon G, Melnick G, Kressel D. Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1997 May; 23(2):169-89.
20. De Leon G, Melnick G, Schoket D, Jainchill N. Is the therapeutic community culturally relevant? Findings on race/ethnic differences in retention in treatment. *J Psychoactive Drugs*. 1993 Jan-Mar; 25(1):77-86.
21. De Leon G, Schwartz S. Therapeutic communities: what are the retention rates? *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1984; 10(2):267-84.
22. De Leon G. Therapeutic communities for addictions: a theoretical framework. *Int J Addict*. 1995; 30(12):1603-45.
23. Fichter MM, Glynn SM, Weyerer S, Liberman RP, Frick U. Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism. *Fam Proc* 1997; 36:203-21.
24. Foster JH, Marshall EJ, Peters TJ. Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000 Nov; 24(11):1687-92.

25. Gossop M. Drug dependence: a study of the relationship between motivational, cognitive, social and historical factors, and treatment variables. *J Nerv Ment Dis.* 1978 Jan; 166(1): 44-50.
26. Greenfield L, Burgdorf K, Chen X, Porowski A, Roberts T, Herrell J. Effectiveness of long-term residential substance abuse treatment for women: findings from three national studies. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2004 Aug; 30(3):537-50.
27. Hoffmann NG, Miller NS. Perspectives of effective treatment for alcohol and drug disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1993 Mar; 16(1):127-40.
28. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, Madonia MJ. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry.* 1986 Jul; 43(7):633-42.
29. Hooley JM, Hiller JB. Personality and expressed emotion. *J Abnorm Psychol.* 2000 Feb; 109(1):40-4.
30. Hooley JM, Richters JE, Weintraub S, Neale JM. Psychopathology and marital distress: the positive side of positive symptoms. *J Abnorm Psychol.* 1987 Feb; 96(1):27-33.
31. Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *J Subst Abuse Treat.* 2003 Oct; 25(3):125-34.
32. Imber-Black, Evan. *Os segredos na família e na terapia familiar/* Evan Imber-Black; trad. Dayse Batista.- Porto Alegre: Artes Médicas, 1994 p.147-65.
33. Kennard D. *An introduction to therapeutic communities.* London: Rutledge and Kegan Paul; 1983.
34. Klagsbrun M, Davis DI. Substance abuse and family interaction. *Fam Process* 1977; 16(2):149-73.
35. Jones, M. *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry.* New York: Basic Books, 1953.
36. Leff J, Vaughn CE. *Expressed emotion in families: its significance for mental illness.* The Guilford Press, New York, pp.1- 241, 1985

37. Leff J, Wig NN, Bedi H, Menon DK, Kuipers L, *et al.* Relatives' expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh. A two-year follow-up of a first contact sample. *British Journal of Psychiatry*. 1990; 156:351-56.
38. Linszen DH, Dingemans PM, Nugter MA, Willem AJ, Does V, Scholte WF, Lenior MA. Patient attributes and expressed emotions as risk factors for psychotic relapse. *Schizophrenia Bulletin* 1997; 23(1):119-29.
39. Lopez SR, Nelson Hipke K, Polo AJ, Jenkins JH, Karno M, Vaughn C, *et al.* Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: family warmth matters. *J Abnorm Psychol*. 2004 Aug; 113(3):428-39.
40. Mari JJ, Streiner DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994; 24(3):565-78.
41. Martins C, de Lemos AI, Bebbington PE. A Portuguese/Brazilian study of Expressed Emotion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1992 Jan; 27(1):22-7.
42. McLellan T, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, Pettinati H, Argeriou M. The fifth edition of the addiction severity index. *J Subst Abuse Treat* 1992; 9: 199-213.
43. Melnick G, De Leon G, Hawke J, Jainchill N, Kressel D. Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescents and adult substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1997 Nov; 23(4):485-506.
44. Montagna, PLK. Emoções expressas no ambiente familiar e evolução da esquizofrenia [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1981.
45. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. NHI Publication n 00-4180; 2000.
46. O'Farrell TJ, Hooley J, Fals-Stewart W, Cutter HSG. Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 6(5):744-52.
47. Osterman F, Grubic VN. Family functioning of recovered alcohol-addicted patients: a comparative study. *J Subst Abuse Treat* 2000; 19(4):475-9.
48. Peterson EC, Docherty NM. Expressed emotion, attribution, and control in parents of schizophrenic patients. *Psychiatry*. 2004 Summer; 67(2):197-207.

49. Project MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1993; 17(6):1130-45.
50. Rapoport RN. *Community as Doctor*. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1960.
51. Rosenthal MS. Therapeutic communities: a treatment alternative for many but not all. *J Subst Abuse Treat*. 1984; 1(1):55-8.
52. Rutter, M & Brown, GW. The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. *Social Psychiatric* 1966; 1:38-53.
53. Scazufca M. *A prospective study of the impact of care and its relationship to expressed emotion in families of those with schizophrenia* [tese]. London. Institute of Psychiatry. University of London. 1996.
54. Secretaria Nacional contra as Drogas (SENAD). *I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*; 2001. Disponível em <http://www.senad.gov.br> .
55. Siddall JW, Conway GL. Interactional variables associated with retention and success in residential drug treatment. *Int J Addict*. 1988; 23(12):1241-54.
56. Turner SM. Comments on expressed emotion and the development of new treatments for substance abuse. *Behave Ther*.1998; 29:647-54.
57. Vaughn, CE; Leff, J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol*. 1976; 15: 157-65.
58. Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny TR, Rahill AA. A review of expressed emotion research in health care. *Clin Psychol Rev*. 2000 Aug; 20(5):633-66.
59. Wild TC, Roberts AB, Cooper EL. Compulsory substance abuse treatment: an overview of recent findings and issues. *Eur Addict Res*. 2002 Apr; 8(2):84-93.
60. Zhang Z, Friedmann PD, Gerstein DR. Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*. 2003. May;98(5):673-84.

Detalhes sobre o trabalho ou ocupação dos membros da família:

		Tipo de Ocupação	Horas/Semana	Nº de semanas de trabalho no período de 1 ano
1	Paciente			
2				
3				
5				
6				
7				
8				

Marital: Você está em casa quando chega da escola? 0 - sim
(o filho) 1 - não
2 – não se aplica

Instruções para a obtenção da História Psiquiátrica – Seção A

1. Obter um breve relato cronológico da história global do distúrbio psiquiátrico, incluindo:
 - datas aproximadas e duração de cada episódio.
 - todos os períodos de “normalidade” de 3 meses ou mais.
2. Perguntar detalhadamente sobre o episódio recente (ou do ano anterior), incluindo:
 - detalhes de cada sintoma
 - providências e contatos com serviços
 - a severidade em termos globais, do episódio

Nota: Para os questionários sobre sintomas específicos, usar as questões detalhadas, dados para cada área de sintoma da seção “B”.

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA (SEÇÃO A)

Gostaria de começar perguntando quando os problemas do/da (paciente) começaram.

PROVAS ÚTEIS

Quando você (Sr./Sra.) notou alguma coisa diferente com ele/ela, ou nele/nela, ou sobre ele/ela.

Quando você (sr.sra.) diria que ele/ela estava normal, estava do jeito dele/dela mesmo ser?

(E a segunda vez?) x

(E a vez?) x

(E desta última vez?) x

Para cada Sintoma:
Início
Severidade
Contexto Social
Reações
Legitimidade
Manejo

Escalas Clínicas Globais a serem avaliadas:

1. Personalidade prévia
2. Episódios anteriores
3. Duração dos sintomas prodrômicos
4. Duração do distúrbio atual
5. Padrão de severidade só episódio atual

Pode me descrever melhor? X

Como assim? X

EPISÓDIO ATUAL

Como (paciente) chegou a entrar em contato com o hospital (esta última vez)?

O que ele/ela faz?

O que aconteceu?

X Para serem utilizados somente em entrevistas com fins clínicos. Não consta do original.

Como ... (paciente) se sentiu em relação a vir para o hospital?

Como ele/ela reagiu?

Quem tomou as providências

para vinda do paciente ao Hospital? (E para a internação)?

Comportamento do Paciente na Admissão/Contato

0. Paciente querendo ser internado
1. Paciente aceitando internação ou contato (sem necessidade de persuasão significativa)
2. Aceitando internação/contato (necessidade de significado de persuasão)
3. Resistindo ou rejeitando admissão/contato

Verificar quais as vias de contato, em ordem de contato.

Médico Clínico..... Autoridade Social Local.....
Ambulatório..... Visita Domiciliar (Psiquiatra).....
Polícia..... Assistente Social Hospital.....
Assistente Social – Outro.....

Se completamente “coberto”: Como você (Sr./Sra.) se sente em relação à internação? (Ao fato de – estar em tratamento?)

DISTRIBUIÇÃO DE TEMPO DA FAMÍLIA:

Eu gostaria de ter uma idéia de como (paciente) normalmente passa/passou o dia?

Nota: Obter detalhes de como as rotinas do paciente se relacionam com as de outros membros da família, de modo a haver contato com eles.

Em geral, num dia de semana comum:

A que horas ele/ela ...? Como ele/ela ...?

Quem estava junto?

DIA DE SEMANA

FIM DE SEMANA

Se levanta?

Toma café?

Vai para o trabalho?

Passa a manhã?

Almoça?

Volta do trabalho/janta?

Passa a noite?

Vai dormir?

E nos fins de semana? (repetir como acima)

PARENTAL

IRRITABILIDADE

PACIENTE: Um dos modos pelos quais este tipo de problema afeta as pessoas é fazê-las mais impaciente, quero dizer, mais irritáveis, ou mais fácil de se descontrolarem por coisas que, normalmente, não se preocupariam.

O seu/sua filho/filha fica assim com... (cada um dos membros da habitação)?

Você (Sr./Sra.) pode me descrever o que costuma acontecer?

Quando foi a última vez?

PROVA PARA TOSAS AS FORMAS DE COMPORTAMENTO DEFINIDAS COMO IRRITABILIDADE:

Levantar a voz para... (gritar); Ficar impaciente com...; Perder a paciência com...; desavenças, etc.

Que tipo de (outras) coisas fá-lo/a se irritar com...?

De quanto em quanto tempo ele/ela se irritou com... na semana passada...etc.

Houve alguma semana em que foi pior?

PROVAS:

Isto acontecia em alguma hora especial do dia?

E nas (outras horas)?

- Hora de se levantar
- Hora do Café
- Hora das refeições
- À noite
- Na cama
- Fins de semana

Quem mais estaria junto?

Como ... reagiria? (Nomear todos os presentes)

INFORMAR SOMENTE:

Você consegue controlar, ou manejar a irritabilidade? ... Como ...?
Até que ponto? ...

IRRITABILIDADE DE PAI/MÃE

(Irritabilidade para com outras pessoas pode ser mencionada aqui, ou mais adiante no plano).

USAR AS PROVAS ACIMA.

PARENTAL

IRRITABILIDADE INCLUI:

1. Irritabilidade severa ou gritos
2. Descontrole
3. Provocações
4. Desavença ou alteração

Frequência
Semana em que foi maior
Exemplos
Distribuição de tempo
Contexto social
Manejo
Mudança com doença

VERIFICAR IRRITABILIDADE ENTRE:

1. Paciente e mãe
2. Paciente e pai
3. Paciente e irmão (ã) 1
4. Paciente e outros irmãos (ãs)
5. Paciente e outros

1. Mãe e paciente
2. Mãe e pai
3. Mãe e irmão (ã) 1
4. Mãe e outros irmãos (ãs)
5. Mãe e outros

1. Pai e paciente
2. Pai e mãe
3. Pai e irmão (ã) 1
4. Pai e outros irmãos (ãs)
5. Pai e outros

ESCALA:

- 0 – uma vez/mês ou menos
- 1 – uma vez por semana a uma vez por mês
- 2 – duas a quatro vezes por semana
- 3 – Cinco a sete vezes por semana
- 4 – Mais vezes que diariamente.

6 - IRRITABILIDADE

PARENTAL

DESAVENÇAS

PACIENTE E OUTROS NA HABITAÇÃO

A maioria das famílias tem discussões ou desavenças de vez em quando – fora o tipo de irritabilidade sobre a qual nós conversamos, teve o seu filho/filha alguma briga ou discussão com o senhor (sra.), ou alguém mais na família/casa?

Com? Pode descrever a última vez?

	Mãe	<u>ESCALA:</u> Número de dias de desavença
	Pai	
Paciente com:	Irmão (ã) 1	<u>EXEMPLOS:</u> Contexto social Reações Manejo
	Outros irmãos	
	Outros	

PROVAS PARA ESTABELEECER/DEFINIR DESAVENÇAS;

1. Vocês/eles se xingam (ou um xinga o outro)?
2. Vocês/eles gritam um com o outro?
3. Vocês/eles já se agrediram fisicamente durante uma discussão?
4. Quanto tempo dura um desentendimento? (Anotar se mais de ½ hora)
5. Vocês/eles ficam período sem se falar depois de uma discussão? (Anotar se mais de 1 hora)

Alguma vez o seu filho foi dormir fora de casa por uma noite ou mais por causa de uma briga? Ou arrumou as malas para ir embora?

<u>ESCALA:</u> Número de noites de separação

PARENTAL

Completar somente se apropriado:

BRIGA ENTRE OS PAIS

A maioria dos casais tem briga de tempo em tempo (ou de vez em quando) – fora o tipo de irritabilidade que você (sr./sra.) mencionou, você seu marido/sua esposa tiveram brigas, ou discussões, ou desavenças nos últimos 3 meses.

1. Poderia me descrever a última/
2. Quando ocorreu?
3. Que tipo de coisas vocês dizem um para o outro?

USAR PROVAS OPOSTAS PARA ESTABELEECER/DEFINIR BRIGAS

ESCALA:

Número de dias de
brigas (período
primário)

Vocês já se separaram por causa de uma briga, mesmo por uma noite?

ESCALA:

Número de noites de
separação

BRIGAS

PARENTAL

LAMENTAÇÕES E RECLAMAÇÕES

NOTA: Lamentação envolve uma pessoa a se lamentar, etc.

Fora a irritabilidade que você (sr./sra.) mencionou, em relação a ... (paciente) – você (sr./sra.) às vezes reclama, ou se lamenta em relação ao (paciente)?

PROVAS:

De que tipo de coisas você (sr./sra.) se queixa?

O que você (sr./sra.) diz?

Quantas vezes aconteceu na semana passada ... mês ... 3 meses?

E seu marido/esposa, ele/ela reclama ou resmunga (paciente)?

PROVA: De acordo com o acima.

Mãe em relação ao paciente

Pai em relação ao paciente

ESCALA: Mãe/Pai

- 0 – Nenhuma ou menos de uma vez
- 1 – Ocasional
- 2 – Frequente, mas não constante
- 3 - Diariamente

COMPLETAR SOMENTE SE APROPRIADO – RECLAMAÇÕES ENTRE OS PAIS

Existe muita reclamação entre você e seu marido/esposa?

USAR AS PROVAS ACIMA:

Mãe em relação ao pai

Pai em relação à mãe

PARENTAL

EFEITO DO DISTÚRBO PSIQUIÁTRICO NA IRRITABILIDADE DOS MEMBROS DA HABITAÇÃO

Paciente (se ainda não foi perguntado)

O paciente tem ficado mais irritável, ou menos irritável, depois que o problema começou?

COLHER DETALHES SE OCORREU ALTERAÇÃO DE FREQUÊNCIA NO PERÍODO PRIMÁRIO

E sobre..... (cada membro da habitação)

Alteração em relação a:	Mãe	ESCALA: 0 – sem mudança 1 – possível diminuição 2 – indubitável diminuição 3 – possível aumento 4 – indubitável aumento 5 – flutuações marcantes
	Pai	
	Irmão (â) 1	
	Outros irmãos	
	Outros	

MÃE/PAI

Questão para cada pai:

O seu marido/esposa mais irritável ou menos irritável depois que os problemas de seu filho/filha começaram?

E (cada membro da família)?

Apresentado:	Notas	Alteração na irritabilidade	
		Da mãe	Do pai
Mãe			
Pai			
Paciente			
Irmão 1			
Outros irmãos			
Outros			

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA – SEÇÃO 8

INSTRUÇÕES:

Esta seção deve ser usada primeiramente para se obter um interrogatório completo sobre cada comportamento sintomático relevante e em segundo lugar para se assegurar que todas as formas de comportamento sintomático foram investigadas.

1. Fazer todas as perguntas especificadas, a menos que informação completa sobre o comportamento relevante tenha sido colhido na Seção A
2. Usar esta seção para obter um quadro do padrão de severidade do distúrbio psiquiátrico durante o período primário se não foi feito na seção A

Certas informações são requeridas para cada sintoma – algumas provas gerais úteis são:

INÍCIO:

- Quando isto começou?
- Ocorreu nos últimos 3 meses/

SEVERIDADE:

- Como se manifestava? (Obter exemplo)
- Este comportamento/estas idéias eram acentuadas? Em que medida? Ou a que ponto?

FREQUÊNCIA:

- Com que frequência?

CONTEXTO SOCIAL: - Onde ocorreu? Quem estava junto?
Em que hora do dia?

REAÇÕES:

- Como (todos os presentes) reagiram?
Que efeito isto teve em ...

TENSÃO:

- Isto faz/fez o (sr./sra.) sentir o ambiente da casa tenso?

LEGITIMIDADE:

- O (sr./sra.) pensa que ele/ela poderia/fez alguma coisa mais para controlar isto?

MANEJO:

- Como o (sr./sra.) lidou com isto?
- Surtiu efeito?
- (sr./sra.) achou um jeito de evitar isto?

ESCALA DE
COPING
BEHAVIOUR

- 0 – Não há evidência
- 1 – Algum desenvolvimento, mas não efetivo
- 2 – Algum desenvolvimento

Eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre a maneira em que este problema pode ter afetado ...(paciente) – e sobre alguns tipos de comportamento que as pessoas que a gente vê algumas vezes tem. Claro que muitas não se aplicam no caso, mas eu gostaria de dar uma passada por esta lista rapidamente e talvez o (sr./sra.) poderia me dizer se ...(paciente) estava assim ou não, principalmente nos últimos 3 meses.

FUNÇÕES CORPORAIS

1. SONO

- a) Como era o sono dele/dela?
- b) ele/ela tinha dificuldade para se levantar?
- c) ou pesadelos?
- d) ou acordava muito cedo?

APETITE

- e) Como era o apetite dela/dele?
- f) Houve vezes em que ela/ele não queria comer?

2. QUEIXAS FÍSICAS (ou corporais)

- a) Ele/ela se queixou de tontura ou dor de cabeça ?
- b) Ele/ela se queixou de alguma outra dor?

PROVA:

Qual a frequência da queixa?

INÍCIO
SEVERIDADE
FREQUÊNCIA
CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

ESCALA DE QUEIXAS
- pessoas presentes quando
surgia o comportamento

13.
SONO
APETITE
QUEIXAS CORPORAIS

3. DIMINUIÇÃO DE ATIVIDADE

- a) Ele/ela esteve menos ativo, sem energia?
- b) ou tendia a ficar sentado ou deitado sem fazer nada?
- c) Ele/ela parou de fazer alguma coisa?

INÍCIO
SEVERIDADE
FREQUÊNCIA
CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

ESCALA:

0 – ausência de diminuição de atividade
1 – significativa diminuição de atividade (ex. deitado na cama por 1 hora por dia)
2 – grande diminuição de atividades (ex. maior parte do tempo sentado sem fazer nada)

4. LENTIDÃO

d) Ele/ela pareceu muito lento fazendo coisas, como, por exemplo, se vestindo, fazendo a barba, arrumando a cama, lavando os pratos.

INÍCIO
SEVERIDADE
FREQUÊNCIA
CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

ESCALA:

0 – ausência de lentidão
1 – significativa lentidão. Leva mais tempo a ponto de ser notado, para completar as tarefas
2 – grande lentidão. Leva muito mais tempo para completar as tarefas

5. HIPERATIVIDADE

- e) Ele/ela estava às vezes contente, de maneira fora do comum?
- f) ou excitado ou agitado?
- g) ou barulhento ou gritando bastante?
- h) ou irrequieto, como andando de um lado para outro, não sentando para as refeições?

INÍCIO
SEVERIDADE
FREQUÊNCIA
CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

ESCALA:

0 – sem hiperatividade significativa
1 – significativamente irrequieto (ex. se mexendo na cadeira)
2 – marcadamente irrequieto
- gritando, batendo portas, andas em volta, etc.

14.
DIMINUIÇÃO DE CAPACIDADE
LENTIDÃO
AUMENTO DE CAPACIDADE

4. VIOLÊNCIA

- a) Ele/ela bateu em alguém? machucou alguém?
.....como por ex. você (sr./sra.) ou (MARITAL) – as crianças?
(PARENTAL) – s/esposa/marido?
- b) Ele/ela tentou?.....ou ameaçou alguém?

PROVAS:

Quando aconteceu?

Você (sr./sra.) pode me descrever o que aconteceu?

FREQUÊNCIA
CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

ESCALA DE ALVO

- 0 – Ausência de violência
1 – Ameaças verbais ou físicas
2 – Alguma violência ou tentativa de violência
3 – Violência marcante

ESCALA DE TESTEMUNHO

- pessoas presentes quando
comportamento violento apresentado

COMPORTAMENTO DESTRUTIVO

c) Ele/ela esteve destrutivo? ou quebrou coisas na casa?

INÍCIO
SEVERIDADE
FREQUÊNCIA
CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

VIOLÊNCIA
COMPORTAMENTO DESTRUTIVO

5. RETRAIAMENTO

- a) Tem ele/ela se retraído, voltando para si mesmo?
- b) ... ou se recusava a encontrar com pessoas?
- c) Ele/ela evitava quaisquer pessoas da casa?
..... parentes? ... ou amigos?
Ou pessoas que batiam à porta?
- d) Tinha ele/ela vezes em que falava menos?

PROVA:

Ele responde quando outra pessoa fala com ele/ela?
Isto significa que ele/ela não pode sair?
Isto o/a limita de alguma forma?

RESTRIÇÃO NA ESCALA DE MOVIMENTO DO PACIENTE

- 0. Nenhum
- 1. Restrições menores, i. e., incapaz de entrar em filas.
- 2. Restrições marcantes, i.e., incapaz de sair sozinho.

ESCALA:

0 - Ausência de retraimento
1 - Paciente desanimado, fitando o espaço, mostrando pouco interesse à vida social, porém respondendo às perguntas que lhe são feitas.
2 - Paciente retraído e apresenta redução marcante na resposta às pessoas.

INÍCIO
FREQUÊNCIA
SEVERIDADE
CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

6. PERDA DE MEMÓRIA

- a) Ele/ela teve alguma dificuldade grande com a memória com, por exemplo, não encontrar o caminho da casa, ou esquecer o próprio endereço, ou alguma coisa parecida?

PROVAS:

Ele/ela teve alguma dificuldade de lembrar o nome de primos que ele/ela conhece bem?

Ele/ela às vezes parece confuso?

Isto significa que ele/ela não pode sair sozinho?

RETRAIAMENTO
MEMÓRIA

7. MEDO/ANSIEDADE

- a) Ele/ela demonstra algum medo fora do comum?
- b) ... ou período da ansiedade ... ou pânico?
- c) ... ou algum medo especial, como sair de casa?

INÍCIO
FREQUÊNCIA
SEVERIDADE
CONTEXTO SOCIAL

MEDOS, ETC – ESCALA

0 – ausência de medo ou ansiedade
1 – Medo aparente com testemunha ou não
2 – Medo presente, testemunha, medo “focalizado” em pessoa.
3 – Medo presente “focalizado” em pessoa, restrição em relação à pessoa

PROVAS:

Se focalizado – Ele/ela tentou parar (pessoa específica) de fazer de fazer coisas, como sair para trabalhar, se divertir, fazer compras, etc.?

Essa ansiedade, ou esse pânico ocorreram em alguma hora específica?

Como....

... de manhã?

... ou de noite?

... ou quando ele/ela saia de casa?

... ou na hora de ir trabalhar, em algum lugar especial?

... ou quando ele/ela ficava sozinho?

Isto significa que ele/ela não podia ficar sozinho?

Ou isto o (a) limita de alguma forma?

Ele/ela conversou sobre este (s) medo (s)?

Com que frequência ... com quem?

REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

ESCALA DE QUEIXA

- pessoas presentes quando o comportamento da queixa ocorre

RESTRIÇÃO NA ESCALA DE MOVIMENTO DO PACIENTE

0 – nenhuma
1 – restrições menores, i.e., pode sair sozinho, porém não quer ficar na fila
2 – restrições marcadas impossibilitado de sair p/ compras ou ficar sozinho

MEDO/ANSIEDADE

8. PREOCUPAÇÃO

- a) Tem ele/ela se preocupado muito com as coisas em geral?
b) ...Sobre você (sr/sra.) ou (MARITAL) as crianças, ou alguém mais?

(MARITAL) seu esposo/esposa?

- c) ...ou sobre outras coisas como a saúde, trabalho, relacionamento com amigos?

INÍCIO
SEVERIDADE
CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

PROVA:

O que é que faz você (sr/sra) pensar que ele/ela
Está preocupado com isto?
Ele/ela tem falado muito sobre isto?... Para quem?

ESCALA DE QUEIXAS

- Pessoas presentes quando o comportamento queixoso ocorreu.

9. TRISTEZA

- a) Ele /ela esteve deprimido?
b)tristonho?
c)Alguma vez disse que não vale a pena viver?

INÍCIO
SEVERIDADE
CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

PROVAS:

O que o faz pensar que ele/ela
Estava triste ou deprimido?
Ele/ela se queixou de estar assim?
Muito? A quem?

TRISTEZA/PREOCUPAÇÃO

- Pessoas presentes quando demonstração de infelicidade significativa, choro, queixas de tristeza, se auto-acusando, a vida não vale a pena viver, etc.

- d) Ele/ela se auto – acusava por coisas não importantes?
e) Ele/ela tentou se ferir, ou se matar?
f) você (sr/sra.) pensou que ele/ela poderia fazer isto?

CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

PROVAS:

Quando aconteceu?
Você (sr/sra.) pode descrever o
Que aconteceu?

ABORRECIMENTO
TTRISTEZA
DEPRESSÃO

10. OBSESSÕES

- a) Ele/ela estava muito cheio de cuidados ou exigente em relação a alguma coisa?
- b) Ele/ela seguia uma rotina para fazer as coisas, só de um certo jeito, mesmo que parecesse bobo?
- c) ... ou fazer e refazer as coisas, de novo e de novo – como lavar as mãos, ou ficar conferindo se a porta estava fechada?

ESCALA OBSESSÕES

- a presença de pessoa quando ocorre o comportamento obsessional

INÍCIO
SEVERIDADE
CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

PROVAS:

Ele/ela acha que é bobagem fazer isto?

Isto o/a limita de algum modo?

11. CUIDADO PESSOAL E HÁBITOS

- a) Ele/ela se cuida toda noite?
- b) ... cuida da higiene, é limpo e arrumado?

SOMENTE PARA CASOS DE DEFEITO ESQUIZOFRÊNICO

A maneira em que ele/ela se cuida mudou?

Ele/ela se cuida tão bem quanto (irmãos)

Ele/ela tem algum hábito ou rotina fora do comum? ... como para se vestir (ou barbear) ou para tomar banho, ou guardando coisas estranhas?

Comparando com os irmãos, ele/ela parece estranho /a, na aparência? ... Ou no jeito, no jeito de ser ou fazer as coisas?

... ou ao se movimentar, como ao andar, arrastar os pés, sentar e ficar balançando o corpo?

... o jeito dele/a falar parece estranho, ou difícil de entender?

... tal como a fala é pastosa, confusa?

INÍCIO
SEVERIDADE
CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE

OBSESSÕES
CUIDADO PESSOAL/HÁBITOS
POBREZA DA FALA

POBREZA DA FALA

0 – Pobreza da fala menos severa que 1
1 – Resposta monossilabicamente às perguntas – mas se mantém quieto no mais
2 – Mudo, ou quase mudo

PARENTAL

12. DELÍRIOS/ALUCINAÇÕES:

- a) Ele/ela ficou ciumento pelo modo com que você (sr/sra.) o trata ...(irmão)?
- b) Ele/ela ficou ciumento, ou tinha ciúme de alguma outra coisa?
- c) Ele/ela tinha alguma idéia estranha sobre você (sr/sra.) ou (irmãos)?ou sua esposa/seu marido?
- d) Ele/ela parecia estranho, ou expressou alguma idéia diferente?
- e) Ele/ela pensava que as pessoas estavam contra ele/ela?
- f) ...ou que os outros queriam ferí-lo, ou fazer mal a ele/ela?
- g) Ele/ela acusou você (sr/sra.) de alguma coisa?
...como conspirando contra ele/ela?
- h) ...ou acusou alguém mais de tais coisas?

DELÍRIOS HOSTIS/NÃO HOSTIS

- 0 - Ausência de delírios
- 1 - Se pessoa testemunha ou é foco de delírio.
- 2 - Alucinações
- 3 - Se o paciente apresentou mudança de comportamento com relação à pessoa ligada com delírios

- 13. a) Ele/ela falava sozinho/a?
- b) ...ou ficava rindo sozinho/a?

INÍCIO
SEVERIDADE
CONTEXTO

FALAR/RIR SOZINHO

Presença de pessoa quando o comportamento ocorre

PROVAS:

Ele/ela falava muito sobre estas coisas?
Com que frequência ?
Ele /ela fazia alguma coisa estranha ligada a essas idéias?
Isto o/a limitava de alguma forma ou em alguma coisa?
... como não poder sair de casa.

REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

ESCALA DE QUEIXAS

Presença de pessoa quando o comportamento ocorre

RESTRICÇÕES AO MOVIMENTO DO PACIENTE

- 0. Nenhuma
- 1. Pequenas restrições
- 2. Restrições marcadas, i. e., impossibilidade de sair sozinho.

O que você (sr/sra) disse para Ele/ela em sobre essas idéias diferentes?
....Ou fez?

COMPORTAMENTO DO ENTREVISTADO
COM RELAÇÃO AO DELÍRIO

- 0. Ausência de delírio/alucinações
- 1. Comportamento como se os delírios não fossem verdade
- 2. Comportamento como se os delírios são verdadeiros
- 3. Ambivalente

20.
DELÍRIOS
ALUCINAÇÕES

14. BEBIDA, JOGOS DE AZAR E DROGAS*

- a) Ele/ela bebia ou esteve bebendo muito?...(jogando muito?)
- b) toma (já tomou) drogas?

INÍCIO
SEVERIDADE
FREQUÊNCIA
CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

15. COMPORTAMENTO BIZARRO

- a. Ele/ela fez alguma coisa mais que pareceu estranho ou fora do comum para ele?
- b. ... ou houve alguma coisa mais sobre o comportamento dele/dela que pareceu diferente do jeito dele/dela de ser?

INÍCIO
SEVERIDADE
FREQUÊNCIA
CONTEXTO SOCIAL
REAÇÕES
LEGITIMIDADE
MANEJO

BEBIDA/JOGO/DROGAS
COMPORTAMENTO
BIZARRO

*Somente para uso clínico. Não consta do original.

MARITAL

Como tem sido a parte sexual *?

Com que frequência vocês tem relações

Houve mudanças depois que os problemas de seu marido/ sua esposa começaram?

Qual é a frequência das relações agora?

E antes do começo dos problemas?

Você (sr./sra.) está satisfeita com esse aspecto (sexual)?

Como você (sr./sra.) se sente em relação à mudança?

Incomoda você (sr./sra.)?

*Não consta da forma abreviada, esta página. Somente para uso clínico.

MEDICAÇÃO

...(paciente) tomou alguma medicação ou pílula prescrita para ele/ela durante os últimos 3 meses?

QuandoPor quem?

Ele/ela tomou ou estava tomando o remédio regularmente nos últimos 3 meses?

PACIENTES DE AMBULATÓRIO

Ele/ela toma a medicação regularmente, atualmente?

Ele/ela toma, sem dificuldade?

Você (sr./sra.) teve que lembrá-lo de tomar o remédio, ou ajudá-lo de alguma forma?

O que você (sr./sra.) fez ou disse?

Ou quanto em quanto tempo você (sr./sra.) fez ou disse isto nos últimos 3 meses?

E no fim do ano passado, você (sr./sra.) fez ou disse alguma vez?

E seu marido/esposa – ele/ela lembrava ou ajudava ... (paciente) a tomar a medicação?

De que modo?

PARENTAL

E seu marido /esposa – ele lembrava ou ajudava ... (paciente) a tomar a medicação?

De que modo?

De quanto em quanto tempo ele/ela fez ou disse isto nos últimos 3 meses?

Como você (sr./sra.) se sente em relação
A ter que lembrá-lo/a, ajudá-lo/a?

ESCALAS DE COMPORTAMENTO

0. Algum desencorajamento
1. Não há exemplo de desencorajamento ativo.
2. Encorajamento ativo
3. Impaciência demonstrada com a baixa performance.
4. Encorajamento ativo, no ano passado, porém não no período primário.

PARENTAL

ENTREVISTADO E PACIENTE

Você (sr/sra) pode me dizer como você (ele/ela) e ... (paciente) se dão se relacionam?

Você (sr/sra) acha ele/ela uma pessoa amigável?

Ele/ela é uma pessoa fácil de se relacionar?

De que modo você (sr/sra) gostaria que ele/ela fosse diferente?

De que ele/ela o/a deixa nervoso/a?

SE POSITIVO: Você (sr./sra.) reclama sobre isto para ele/ela? Muito?

Você (sr/sra), nos últimos 3 meses, tentou alguma vez evitar contato com... (paciente) ... não falar com ele/ela?

ESCALA:

0. Não tentou evitar
1. Alguma tendência a evitar
2. Indubitavelmente evita

Você (sr/sra) se sentiu diferente em relação a ... desde que o problema começou?

O afeto que você (sr/sra) sente por ... (paciente) ... mudou?

SE MUDOU: Você (sr/sra) se comportou diferente em relação a ... paciente..., em geral, por alguma vez?

**AVALIAR MUDANÇA SE
OCORREU NO PERÍODO
PRIMÁRIO**

ESCALA DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

0. Não houve mudança
1. Possível diminuição
2. Diminuição definidamente
3. Possível aumento
4. Aumento definidamente
5. Flutuações marcantes

....(paciente) se comportou de modo diferente em relação a você (sr/sra) desde o começo do problema?

O afeto que ele/ela mostrou em relação a você (sr/sra) mudou?

Ou o interesse que ele/ela mostrou por você (sr/sra)?

MUDANÇA SÓ SE DECORREU NO PERÍODO PRIMÁRIO

ESCALA

De acordo com o anterior

Você (sr/sra) está satisfeito com o afeto e interesse que ele/ela mostra por você?

SE NECESSÁRIO: Em que sentido você (sr/sra) gostaria que as coisas fossem diferentes?

Como você (sr/sra) se sente em relação à mudança?

Incomoda você (sr/sra)?

ENTREVISTADO E IRMÃO (Ã) 1/OUTRAS CRIANÇAS

... E com ... (irmão)...?

Como você (sr/sra) se dá com ele/ela?

Ele/ela é fácil de se relacionar?

Em que sentido ele/ela o/a deixa nervoso?

SE POSITIVO: Você reclama dele/dela por isto?

SE NÃO COBERTO PELA SEÇÃO – IRRITABILIDADE

Você, às vezes, se irrita ou fica impaciente com ele/ela?

COBRIR: AUMENTAR A VOZ, PERDER A PACIÊNCIA, FICAR IMPACIENTE

Que tipo de coisas faz o senhor (você/ela) irritado com ele/ela?

Você (sr./sra.) pode me descrever o que aconteceu?

Quantas vezes você (sr/sra) ficou assim na semana passada?

E com ... (cada outra criança)

Você se irrita alguma vez?

PROVA COMO ACIMA

Como você (sr/sra) compara ... (paciente) e ... (irmão 1)?

ESCALA

0. 1 vez por mês ou menos
1. 1 vez p/ semana ou 1 vez
2. 2 – 4 vezes p/ semana
3. 5 – 7 vezes p/ semana
4. mais que diariamente

No que eles são parecidos?

No que eles são diferentes?

ESCALA DE TENSÃO

0. Nenhuma ou pouca
1. Tensão moderada
2. Tensão marcante

PARENTAL

TAREFAS DOMÉSTICAS

Em relação às várias tarefas que tem que ser feitas em família, o que você (sr./sra.) acha que (o paciente) deveria fazer em casa, em se levando em conta que ele/ela está trabalhando/desempregado?

REPETIR A QUESTÃO PARA IRMÃO 1. SE IRMÃO 1 NÃO É DO MESMO SEXO, OS ITENS NÃO SÃO APLICÁVEIS.

1. Compras (para comida)
2. Limpar a casa
3. Limpar as janelas
4. Lavar as roupas
5. Preparar refeições para a família
6. Lavar os pratos
7. Reparos e consertos domésticos – pias fusíveis, etc.

DESCREVER A QUANTIDADE FEITA PELO PACIENTE	“DEFICIT” DO PACIENTE
PROVA: Que tipo de coisas ... (paciente) faz?	PROVA: A maneira de (paciente) fazer ... (atividade) mudou desde que o problema começou?

A quantidade (paciente) de coisas que o (paciente) tem feito na ajuda de suas tarefas mudou, desde que o problema começou? ... Em que sentido?

COLHER DETALHES SE A FREQUÊNCIA ALTERADA AINDA OCORRE NO PERÍODO PRIMÁRIO

ESCALA:

- 0 – sem alteração
- 1 – possível diminuição
- 2 – diminuição definitiva
- 3 – possível aumento
- 4 – aumento definitivo
- 5 – flutuações marcantes

Você (sr./sra.) está satisfeito/a com quem faz estas coisas na casa?

.... quero dizer, você está satisfeito/a com o modo pelo qual (DAR EXEMPLOS) etc... são feitos?

.... e com sua participação nas coisas a serem feitas?

SE NECESSÁRIO: Há alguma coisa que você (sr./sra.) faria diferente?
Algumas dessas coisas em casa levam a desacordos?

SE POSITIVO:

Como você (sr./sra.) se sente em relação a isto atualmente?

MARITAL SOMENTE

Houve alguma alteração na maneira do seu marido/esposa lidar com o dinheiro dele/dela?

PROVA PARA:

GASTOS DOMÉSTICOS E PESSOAIS

IMPEDIMENTO	
Breve termo	Longo termo

QUESTÕES FINANCEIRAS

Quem toma conta do dinheiro e das questões financeiras em casa – por exemplo, pagar contas, o aluguel, ou organizar o orçamento?

Como você (sr./sra.) se sente em relação a estes arranjos?

Isto traz algum desentendimento, às vezes?

PARENTAL SOMENTE

.... (paciente) dá dinheiro em casa, para o sustento dele/dela?

Você (sr./sra.) está satisfeito/a com esse arranjo?

REGULARIDADE DE CONTRIBUIÇÕES FINANCIERAS

- 0 – não contribui
- 1 – irregular
- 2 – intermediária
- 3 - regular

Houve alguma alteração no dinheiro “que entra” em casa desde que o problema do (paciente) começou?

Que efeito isto teve ou tem?

Vocês cortaram alguma despesa?

Houve algum atraso no pagamento de alguma prestação, exemplos: aluguel, contas, etc?

Como você (sr./sra.) se sente em relação a estas alterações?

ESCALA:

- 0 – não há, ou muito pouca alteração
- 1 – alguma diminuição – sem cortes significantes em despesas ou incorrer em dívidas
- 2 – Diminuição – cortes, débitos (exemplo: aluguel atrasado, etc)

INSATISFAÇÃO COM LAZER

Você (sr./sra.) está satisfeito com estas coisas; por exemplo: sair ou ter amigos em casa/

PARA TODAS AS MULHERES E HOMENS DESEMPREGADOS

Você (sr./sra.) se sente sozinho/a durante o dia?

PROVAS ADICIONAIS SE NECESSÁRIO

Você (sr./sra.) gostaria de passar mais tempo junto com seu marido/esposa?

Algumas dessas coisas levam a desavenças?

Você (sr./sra.) acha que os outros que vocês conhecem tem o mesmo tipo e o mesmo modo de fazer estas coisas que vocês tem?

EFEITOS DO DISTÚRBO PSIQUIÁTRICO NO LAZER DO PACIENTE

A frequência com que você sai com seu marido/esposa mudou desde que o problema de ... (paciente) começou?

.... ou as coisas que vocês fazem, mudaram?

A frequência com que você (sr./sra.) sai sozinho/a mudou?

.... ou o tipo de coisas que ele/ela faz?

COLHER DETALHES SÓ SE ALTERAÇÃO DE FREQUÊNCIA OCORREU NO PERÍODO PRIMÁRIO

ESCALA:

- 0 – não houve alteração
- 1 – possível diminuição
- 2 – diminuição indubitável
- 3 – possível aumento
- 4 – aumento definitivo
- 5 – flutuações marcantes

Como vocês passam as noites em que permanecem em casa? O que fazem?

PROVA PARA: TV
Sentar e conversar
Jogar
Hobbies, etc...

Existem coisas que vocês gostam de fazer juntos?

 SIM NÃO

Em geral, como vocês acham que se dão, juntos?

Você (sr./sra.) normalmente sabe quando ele/ela está de mau humor, ou preocupado, ou tenso, ou quando ele/ela está alegre?

Você (sr./sra.) acha que ele/ela sabe quando você (sr./sra.) está chateado/a ou alegre?

Vocês ficaram longe, ou separados, alguma vez no último ano, por qualquer razão – como visitar parentes, ou viagem de trabalho – quero dizer, por mais de uma noite?

Por quanto tempo?

Como você (sr./sra.) se sente em relação a isto?

De que forma um deixa o outro nervoso?

SE POSITIVO: Você reclama, ou se queixa, do seu marido/mulher, em relação a isto?

O seu marido/mulher reclama ou se queixa de você em relação a isto?

ASI

Instruções

1. Não deixe espaços em branco. Quando apropriado, coloque os códigos:

X = questão não-respondida

N = questão não-aplicável

Utilize apenas um carácter por item.

2. Itens com o número circulado são para serem perguntados nos seguimentos de avaliação (follow-up). Itens com um asterisco são cumulativos e devem ser coletados novamente no seguimento (ver Manual).

3. É fornecido espaço após cada seção para comentários adicionais.

Número de RG _____

Registro no serviço

Data da admissão dia mês ano

Data da entrevista dia mês ano

Horário de início : horas minutos

Horário do final : horas minutos

Classe:

1. Inicial
2. Seguimento

Código de contato:

1. Pessoal
2. Telefone

Sexo:

1. Masculino
2. Feminino

Código do entrevistador

Especial:

1. Paciente finalizou
2. Paciente recusou
3. Paciente incapaz de responder

Informações gerais

Nome: _____

Endereço atual: _____

CEP: _____

1. Há quanto tempo você reside nesse endereço? anos meses

2. Essa residência pertence a você/sua família?

0. Não

1. Sim

3. Data de nascimento: dia mês ano

4. Raça:

1. Branca 3. Parda

2. Negra 4. Amarela

5. Preferência religiosa:

1. Protestante 4. Islâmica

2. Católica 5. Outra _____

3. Judaica 6. Nenhuma

*6. Você esteve em um ambiente controlado nos últimos 30 dias?

1. Não

2. Cadeia/prisão

3. Tratamento médico

4. Tratamento para droga/álcool

5. Tratamento psiquiátrico

6. Outro _____

*7. Quantos dias?

Escores de gravidade

As notas de gravidade são estimativas do entrevistador sobre a necessidade do paciente de tratamento adicional em cada área. A escala varia de 0 (tratamento não é necessário) a 9 (tratamento necessário para intervir em situação que ameaça a vida). Cada nota é baseada na história do paciente de sintomas problemáticos, Estado atual e avaliação subjetiva de sua necessidade de tratamento em uma dada área. Para uma descrição detalhada do processo de derivação e conversão das notas de gravidade, veja o manual.

Obs.: Essas notas de gravidade são opcionais.

Edição São Paulo

Escala de Escores

0. Não/Nada

1. Pouco

2. Moderadamente (mais ou menos)

3. Muito

4. Demais

Perfil de gravidade

Problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Médico

Emprego

Álcool

Droga

Legal

Fam/Social

Psicológico

Estado físico

*1. Quantas vezes você foi já hospitalizado por problema clínicos? (incluir overdose, delirium tremens, excluir desintox)

2. Há quanto tempo foi sua última hospitalização por problemas físicos? anos meses

3. Você tem algum problema crônico de saúde que continua a interferir em sua vida?

0. Não

1. Sim

Especifique: _____

*4. Você está tomando alguma medicação prescrita de forma regular para algum problema físico?

0. Não

1. Sim

*5. Você recebe pensão por alguma incapacidade física? (excluir incapacidade psiquiátrica)

0. Não

1. Sim

Especifique: _____

*6. Em quantos dias você apresentou problemas de saúde nos últimos 30 dias?

Para as questões 7 e 8 solicite ao paciente que utilize sua escala de escore

*7. Quanto você foi incomodado ou atrapalhado por esses problemas de saúde nos últimos 30 dias?

*8. Qual o grau de importância que o tratamento para esses problemas de saúde tem para você agora?

Escore de gravidade do entrevistador

*9. Com você quantificaria a necessidade do paciente de tratamento clínico?

Escore de confiabilidade

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

*10. Interpretação errônea do paciente?

- 0. Não
- 1. Sim

*11. Incapacidade de entendimento do paciente?

- 0. Não
- 1. Sim

Estado profissional e sustento

*1. Educação completada
anos meses

*2. Treinamento ou educação técnica completada
meses

3. Você tem uma profissão, ocupação ou habilidade?

- 0. Não
- 1. Sim

Especifique: _____

*4. Você tem carteira de motorista válida?

- 0. Não
- 1. Sim

*5. Você possui um automóvel disponível para uso ?

- 0. Não
- 1. Sim

6. Quanto tempo durou seu trabalho, em período integral, mais longo?

*7. Ocupação habitual (ou a última)

Especifique: _____

*8. Alguém contribui para o seu sustento?

- 0. Não
- 1. Sim

*9. Isso constitui a maior parte de seu sustento? (Se item 8 for sim)

- 0. Não
- 1. Sim

10. Padrão de emprego habitual, nos últimos 3 anos:

1. período integral (40 h/semana)
2. meio-período (horas regulares)
3. meio-período (irregulares, diárias)
4. estudante
5. serviço militar
6. aposentado/incapacitado
7. desempregado
8. em ambiente controlado

*11. Quantos dias você foi pago para trabalhar nos últimos 30?

Qual a quantia de dinheiro que você recebeu nos últimos 30 dias de cada uma das seguintes fontes?

*12. emprego (líquido)

*13. seguro-desemprego

*14. vales em geral

*15. pensões, benefícios ou seguro social

*16. companheiro/a, família ou amigos

*17. ilegal

*18. Quantas pessoas dependem de você para a maior parte de sua alimentação, abrigo, etc.?

*19. Quantos dias você apresentou problemas no emprego nos últimos 30 dias?

Para as questões 20 e 21 solicite ao paciente que utilize sua escala de escores

*20. Quanto você foi incomodado ou se aborreceu com problemas no emprego nos últimos 30 dias?

*21. Qual a importância de aconselhamento para você agora sobre esses problemas no emprego?

Escores de gravidade do entrevistador

*22. Como você avaliaria o grau de necessidade de aconselhamento no emprego desse paciente?

Escores de confiabilidade

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

*23. Interpretação errônea do paciente?

0. Não

1. Sim

*24. Incapacidade de entendimento do paciente?

0. Não

1. Sim

Uso de drogas/álcool

Últimos

30 dias Na vida

anos Via

Adm

- *1. Álcool - qualquer uso
- *2. Álcool - p/ intoxicação
- *3. Heroína
- *4. Metadona
- *5. Opiáceos/analgésicos
- *6. Barbitúricos
- *7. Sedativos/hipnóticos
- *8. Cocaína/crack
- *9. Anfetaminas
- *10. Maconha (cannabis)
- *11. Alucinógenos
- *12. Inalantes
- *13. Mais de uma substância por dia (inclusive álcool)

Nota: veja manual para exemplos representativos de cada classe de droga.

* Via de administração:

1 = oral

2 = nasal

3 = fumada

4 = injeção não-EV

5 = injeção EV

*14. Qual a substância que é o principal problema?

Codifique segundo o código acima ou:

00 Sem problemas;

15 Álcool e Droga (dependência dupla);

16 Polidroga; quando não estiver claro, pergunte ao paciente.

15. Quanto tempo durou o seu último período de abstinência voluntária desta principal substância?
meses

16. Há quantos meses essa abstinência terminou?
(00 - ainda abstinente)

*17. Quantas vezes você teve:

delirium tremens alcoólico

overdose de droga

*18. Quantas vezes você já foi tratado por:

Abuso de álcool

Abuso de drogas

*19. Quantas dessas vezes foram apenas desintoxicações?

álcool
drogas

*20. Quanto você diria que gastou nos últimos 30 dias com:

álcool
drogas

*21. Quantos dias você esteve em tratamento ambulatorial por álcool ou drogas nos últimos 30 dias?
(incluir NA, AA)

*22. Quantos dias, durante os últimos 30, você apresentou:

Problemas com álcool
Problemas com drogas

Comentários: _____

Para as questões 23 e 24 solicite ao paciente que utilize a escala de escores

*23. Quanto você foi incomodado ou se aborreceu nos últimos 30 dias com:

problemas com álcool
problemas com drogas

*24. Qual a importância para você agora de tratamento para:

problemas com álcool
problemas com drogas

Escore de gravidade do entrevistador

*25. Como você avaliaria o grau de necessidade de tratamento do paciente para:

abuso de álcool
abuso de drogas

Escores de confiabilidade
As informações acima estão significativamente distorcidas por

*26. Interpretação errônea do paciente?

0. Não
1. Sim

*27. Incapacidade do paciente em entender?

0. Não
1. Sim

Estado legal

1. Essa admissão foi imposta ou sugerida pelo sistema de justiça criminal (juiz, oficial da condicional/liberdade vigiada, etc.)

- 0. Não
- 1. Sim

*2. Você está em liberdade condicional ou vigiada?

- 0. Não
- 1. Sim

Quantas vezes em sua vida você foi preso e/ou acusado pelos seguintes delitos:

- *3. furtos em lojas/vandalismo
- *4. violação de liberdade condicional/vigiada
- *5. porte de drogas
- *6. falsificação
- *7. ofensa armada
- *8. saque, furto
- *9. roubo
- *10. assalto
- *11. incêndio culposo
- *12. estupro
- *13. homicídio, homicídio não-premeditado
- *14A. prostituição
- *14B. desacato a autoridade
- *14C. outros _____

15. Quantas dessas acusações resultaram em sentenças?

Quantas vezes em sua vida você foi acusado dos seguintes delitos:

- *16. Conduta desordeira, vadiagem, intoxicação em público
- *17. Dirigir quando intoxicado
- *18. Violações graves de trânsito (direção perigosa, alta velocidade, sem habilitação)
- *19. Quantos meses você ficou encarcerado na sua vida?

20. Quanto durou seu último encarceramento?

21. Qual o motivo? (utilize o código 3, 14, 16, 18; se acusações múltiplas, registre a mais grave)

*22. Atualmente você está aguardando alguma acusação, julgamento ou sentença ?

- 0. Não
- 1. Sim

*23. Por quê? _____

*24. Quantos dias, nos últimos 30, você foi detido ou encarcerado?

*25. Quantos dias, nos últimos 30, você esteve envolvido em atividades ilegais visando lucro?

Para as questões 26 e 27 solicite ao paciente que utilize sua escala de escores

*26. Qual você acha que é a gravidade dos seus problemas legais atuais? (excluir problemas civis).

*27. Qual a importância para você agora de aconselhamento ou encaminhamento para esses problemas legais?

Escore de gravidade do entrevistador

*28. Como você avaliaria a necessidade desse paciente de serviço ou aconselhamento legais ?

Escore de confiabilidade

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

*29. Interpretação errônea do paciente?

0. Não

1. Sim

*30. Incapacidade do paciente em entender?

0. Não

1. Sim

História familiar

Algum de seus parentes apresentou o que você chamaria de um problema significativo com álcool, uso de drogas ou psiquiátrico algo que recebeu ou deveria ter recebido tratamento?

Lado Materno

Álcool Drogas Psiquiátrico

Avó

Avô

Mãe

Tia

Tio

Lado Paterno

Álcool Drogas Psiquiátrico

Avó

Avô

Mãe

Tia

Tio

Parentes

Álcool Drogas Psiquiátrico

Irmão#1

Irmão#2

Irmã#1

Irmã#2

Relações familiares/sociais

*1. Estado Civil

1. Casado; 2. Casado mais de uma vez; 3. Viúvo;

4. Separado; 5. Divorciado; 6. Solteiro

2. Há quanto tempo você apresenta esse estado civil? (se nunca casou, desde 18 anos)
anos meses

*3. Você está satisfeito com esse estado civil?

- 0. Não
- 1. Indiferente
- 2. Sim

*4. Situação de moradia habitual (últimos 3 anos)

- 1. Com parceiro sexual e filho
- 2. Apenas com parceiro sexual
- 3. Apenas com filho
- 4. Com os pais
- 5. Com a família
- 6. Com amigos
- 7. Sozinho
- 8. Ambiente controlado
- 9. Situação instável
- Outros _____

5. Há quanto tempo você está vivendo nesta situação? (se com os pais ou família, desde 18 anos)
anos meses

*6. Você está satisfeito com essa situação de moradia?

- 0. Não
- 1. Indiferente
- 2. Sim

7. Você mora com alguém que:

- 0. Não _ 1. Sim

7A. Apresenta problema com álcool no momento?

7B. Utiliza drogas não-prescritas?

*8. Com quem você passa a maior parte de seu tempo livre?

- 1. Família
- 2. Amigos
- 3. Sozinho

*9. Você está satisfeito em passar seu tempo livre dessa maneira?

- 0. Não
- 1. Indiferente
- 2. Sim

*10. Quantos amigos íntimos você possui?

Instruções para 9A - 18: Coloque "0" na categoria familiar na qual a resposta é evidentemente negativa para todos os familiares nesta categoria; "1" onde a resposta é evidentemente positiva para qualquer familiar dentro desta categoria; "X" onde a resposta é incerta ou "Eu não sei" e "N" onde nunca tenha existido um familiar em cada categoria.

10a. Você diria que teve um relacionamento íntimo, duradouro e pessoal com qualquer uma das seguintes pessoas ao longo de sua vida:

mãe
pai
irmãos/irmãs
parceiro sexual/esposo
filhos
amigos

Você teve períodos significativos nos quais apresentou problemas sérios de convivência com: 0. Não _ 1. Sim Últimos

30 dias Na vida

*11. mãe
*12. pai
*13. irmãos/irmãs
*14. parceiro sexual/esposo
*15. filhos
*16. outro familiar significativo
*17. amigos íntimos
*18. vizinhos
*19. companheiros de trabalho

Alguma dessas pessoas (10-18) abusou de você? 0. Não _ 1. Sim

19a. Emocionalmente (fez você se sentir mal utilizando palavras rudes)?

19b. Fisicamente (causou em você dano físico)?

19c. Sexualmente (forçou aproximações sexuais ou atos sexuais)?

*20. Em quantos dias dos últimos 30 você apresentou conflitos sérios:

A. com sua família?

B. com outras pessoas? (excluindo a família)

Para as questões 20 e 23 solicite ao paciente que utilize sua escala de escores

Quanto você foi incomodado ou prejudicado nos últimos 30 dias por:

*21. problemas familiares

*22. problemas sociais

Qual é a importância para você, agora, de tratamento ou aconselhamento para:

*23. problemas familiares

*24. problemas sociais

Escore de gravidade do entrevistador

*25. Como você avaliaria a necessidade do paciente de aconselhamento /tratamento familiar e/ou social ?

Escores de confiabilidade

As informações acima foram significativamente distorcidas por:

*26. Interpretação errônea do paciente?

- 0. Não
- 1. Sim

*27. Incapacidade do paciente de entender?

- 0. Não
- 1. Sim

Comentários: _____

Estado psiquiátrico

*1. Quantas vezes você foi tratado por algum problema psicológico ou emocional?

Em um hospital

Como paciente privado ou de consultório

*2. Você recebe pensão por alguma incapacidade psiquiátrica?

- 0. Não
- 1. Sim

Você teve um período significativo (que não fosse um resultado direto de uso de droga/álcool) no qual você apresentou: 0. Não _ 1. Sim

Últimos

30 dias Na vida

*3. depressão grave

*4. ansiedade ou tensão graves

*5. alucinações

*6. problemas de compreensão, concentração ou memória

*7. problemas em controlar comportamento violento

*8. pensamentos sérios sobre suicídio

*9. tentativas de suicídio

*10. recebeu prescrição de medicação para algum problema psicológico/emocional

*11. Em quantos dias dos últimos 30, você apresentou esses problemas psicológicos ou emocionais?

Para as questões 12 e 13 solicite ao paciente que utilize sua escala de escores

*12. Quanto você foi incomodado ou prejudicado por esses problemas psicológicos ou emocionais nos últimos 30 dias?

*13. Qual é a importância para você, agora, do tratamento para esses problemas psicológicos?

Os itens seguintes devem ser preenchidos pelo entrevistador

No momento da entrevista, o paciente está: 0. Não _ 1. Sim

*14. obviamente deprimido/retraído

*15. obviamente hostil

*16. obviamente ansioso/nervoso

*17. apresentando problemas na percepção da realidade, distúrbios de pensamento, pensamento paranóide

*18. apresentando problemas de compreensão, concentração, memória

*19. apresentando ideação suicida

Escore de gravidade do entrevistador

*20. Como você avaliaria a necessidade do paciente de tratamento psiquiátrico/psicológico?

Escores de confiabilidade

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

*21. Interpretação errônea do paciente?

0. Não

1. Sim

*22. Incapacidade do paciente de entender?

0. Não

1. Sim

Comentários: _____

Observação: voltar para a 1ª página e preencher horário de término e a categoria especial.

Addiction Severity Index (ASI) - Esta versão da ASI foi elaborada com a colaboração de vários autores brasileiros: Andrade, A.G., Formigoni, M.L.O.S., Marques, A.C.P., Scivoletto, S., Toscano Junior, A.