

**O Efeito da Análise Funcional, *Mindfulness* e Tolerância ao Mal-Estar na
Ampliação do Repertório de Respostas Concorrentes ao Comportamento do Beber
Abusivo**

Raquel Araujo Arena

Associação Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento

Dissertação de mestrado apresentada como parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre Profissional em Análise do Comportamento Aplicada

Profa. Dra. Fernanda C. Calixto

31 de março de 2021

Banca Examinadora

_____ Assinatura: _____

_____ Assinatura: _____

_____ Assinatura: _____

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

Local e data _____

Raquel Araujo Arena

Agradecimentos

À minha filha, Mariana, que por sua existência me estimula a ser um ser humano melhor a cada dia e a buscar contribuir para a construção de um mundo melhor.

Ao meu pai, João, e minha mãe, Marly, pelo amor, carinho, apoio e incentivo incondicionais, e pelo maior exemplo de honestidade, caráter, dignidade, determinação, superação e parceria.

À minha avó, Maria, e minha irmã, Débora, pelo amor, carinho e incentivo.

Aos meus familiares, em especial à tia Celisa, e aos amigos que sempre motivaram meu aprimoramento e evolução como psicóloga clínica.

Ao meu namorado, José Roberto, pelo carinho, apoio, incentivo e por ser um exemplo de superação do uso problemático de bebidas alcoólicas.

Aos meus sócios, Robson e Thiago, pela paciência, apoio, incentivo e compreensão.

Ao Beto, Denis e Candido, pelo exemplo de profissionais, professores e incentivadores de meu mestrado.

À minha orientadora, Fernanda, por ter acreditado e me fazer acreditar neste trabalho.

A todos os funcionários e professores do Paradigma, pelo apoio e por compartilharam seus valiosos conhecimentos.

A todos os profissionais da Secretaria de Saúde Mental de Cajuru-SP, em especial ao Dr. Fábio e à Lisa, por todo apoio e incentivo para a realização da pesquisa.

“Deus, dá-me serenidade para aceitar as coisas que não posso mudar, coragem para mudar as coisas que posso e sabedoria para saber a diferença.”

Resumo

Este estudo investigou o efeito de um programa analítico- comportamental, realizado individualmente, por meio do treino de habilidades *mindfulness* e tolerância ao mal-estar da DBT, do manejo comportamental em indivíduos que se enquadram no quadro de Transtorno por Uso de Substâncias (TUS), a partir da análise funcional do beber, sobre o consumo problemático de bebidas alcoólicas e da emissão de respostas funcionalmente concorrentes, adaptativas e relevantes socialmente. As variáveis dependentes adotadas foram: escores de ansiedade (BAI), depressão (BDI), *stress* (ISSL), grau de dependência do álcool (AUDIT e ASSIST), autorrelato de fissura e confiança, frequência do consumo, tipo de bebida ingerida, e das respostas-alvo tidas como alternativas ao consumo do álcool. A pesquisa foi composta por quatro Fases: (A) Linha de base; (B) Análise funcional do beber e seleção de classes de respostas concorrentes; (C) Treino de habilidades *mindfulness* e tolerância ao mal-estar da DBT; (D) Promoção de respostas concorrentes e de manutenção da abstinência; e (A) Retorno à linha de base (follow-up). A intervenção foi realizada individualmente nas Fases A, B, D e A e em grupo na Fase C. O delineamento adotado foi o de sujeito único com comparação entre as Fases A, B, C, D e A de retorno à linha de base. Participaram da pesquisa dois homens, de 51 anos, diagnosticados por um psiquiatra com tendo transtorno por uso de substâncias – álcool (TUS - álcool) e que relataram o desejo de parar de beber ou tratar o uso problemático de ingestão de bebidas alcoólicas. Os resultados demonstram que houve diminuição das pontuações para ansiedade, para depressão e para dependência do álcool, e a quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas diminuiu ao longo da pesquisa.

Palavras-chave: Transtorno por Uso de Substâncias (TUS), Terapia Analítico-comportamental, Alcoolismo, Treino de Habilidades *Mindfulness* e Tolerância ao Mal-Estar DBT, Tratamento para abuso de álcool.

Abstract

This study investigated the effect of an analytical-behavioral program, carried out individually, through the training of DBT's *mindfulness* skills and tolerance to malaise, of behavioral management in individuals who fall under the Substance Use Disorder (TUS), from the functional analysis of drinking, on the problematic consumption of alcoholic beverages and the emission of functionally competing, adaptive and socially relevant responses. The dependent variables adopted were: anxiety scores (BAI), depression (BDI), stress (ISSL), degree of alcohol dependence (AUDIT and ASSIST), self-report of craving and confidence, frequency of consumption, type of drink ingested, and of the target responses seen as alternatives to alcohol consumption. The research was composed of four phases: (A) Baseline; (B) Functional analysis of drinking and selection of classes of competing responses; (C) Training of DBT *mindfulness* skills and tolerance to malaise; (D) Promoting competing responses and maintaining abstinence; and (A) Return to the baseline (follow-up). The intervention was carried out individually in Phases A, B, D and A and in groups in Phases C. The adopted design was that of a single subject with comparison between Phases A, B, C, D and A of returning to the baseline. Two men, 51 years old, who were diagnosed by a psychiatrist with substance use disorder - alcohol (SUD - alcohol) and who reported the desire to stop drinking or treat the problematic use of alcoholic beverages participated in the research. The results show that there was a decrease in the scores for anxiety, depression and alcohol dependence, and the amount of alcoholic beverages ingested decreased throughout the research.

Keywords: Substance Use Disorder (SUD), Analytical-Behavioral Therapy, *Mindfulness* Skills Training and Tolerance to Malaise - DBT, Alcoholism, Treatment for alcohol abuse.

Sumário

Introdução	11
Método	17
Participantes	17
Terapeuta	19
Ambiente de coleta de dados	19
Materiais utilizados	19
Procedimentos	24
<i>Delineamento experimental e procedimentos gerais</i>	24
Tabela 1	24
<i>Pré-intervenção</i>	27
<i>Fase A</i>	27
<i>Fase B</i>	27
<i>Fase C</i>	28
<i>Fase D</i>	29
<i>Fase A</i>	30
<i>Pós-intervenção (manutenção)</i>	30
Resultados	31
Figura 1	32
Figura 2	32

	10
Figura 3	33
Figura 4	33
Figura 5	34
Figura 6	34
Figura 7	35
Figura 8	36
Figura 9	37
Figura 10	37
Figura 11	38
Figura 12	39
Figura 13	39
Figura 14	40
Inventário de Ansiedade de Beck (<i>Beck Anxiety Inventory, BAI</i>)	41
Tabela 2	41
Inventário de Depressão de Beck (<i>Beck Depression Inventory, BDI</i>)	42
Tabela 3	42
Inventário de Sintoma de <i>Stress</i> para Adultos de LIPP (<i>ISSL</i>)	43
Tabela 4	43
Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (<i>ASSIST</i>)	44
Tabela 5	44
Alcohol Use Disorders Identification Test (<i>AUDIT</i>)	45
Tabela 6	45
Análise Funcional do Beber	46
Figura 15	47
Figura 16	48

	11
Tabela 7	49
Tabela 8	50
Tabela 9	51
Tabela 10	52
Discussão	53
Referências	58
ANEXOS	64
Anexo A	64
Anexo B	65
Anexo C	66
Anexo D	68
Anexo E	69
Anexo F	71
Anexo G	73
Anexo H	74
Anexo I	79

Em 21 de setembro de 2018, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) divulgou uma matéria em seu site, cujo título era: “Uso nocivo de álcool mata mais de 3 milhões de pessoas a cada ano; homens são a maioria”. Foi relatado que, em 2016, mais de três milhões de mortes foram associadas ao uso de álcool, representando uma em cada vinte mortes no mundo, e destas, mais de três quartos ocorrem entre homens. A pesquisa também revelou que “o uso nocivo do álcool causa mais de 5% da carga global de doenças” (Relatório de status global sobre álcool e saúde 2018. Organização Mundial da Saúde, 2018, p.63).

No Brasil, o índice de consumo de álcool é mais alarmante do que o de substâncias ilícitas, segundo o 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, divulgado pela Fundação Oswaldo Cruz (Bastos, Vasconcellos, De Boni & Coutinho, 2017). Estima-se que 4,2% dos leitos preencham critérios para abuso ou dependência do álcool (OMS, 2018).

Considerando o alto impacto social e para a saúde, sendo um problema epidemiológico, o uso nocivo de álcool e suas variáveis de controle se tornaram alvo de instigação científica. Numa perspectiva analítico-comportamental, os comportamentos relacionados à dependência química são aprendidos e regidos pelos mesmos princípios e leis de qualquer comportamento operante (Miguel, A. Q., Yamauchi, R., Simões, V., & Laranjeira, R. R., 2014).

Miguel, A. Q., et. al. (2014) nos conta que:

Como afirmam Higgins, Heil e Lussier (2004), a autoadministração de substâncias pode ser compreendida como comportamento aprendido situado em algum ponto ao longo de um continuum que vai desde o consumo esporádico, com poucos ou nenhum prejuízo associado, até um consumo excessivo, acompanhado por inúmeros efeitos indesejáveis e destrutivos. Um corpo substancial de estudos fornece as bases

empíricas para uma compreensão operante daquilo que hoje se considera uso, abuso e dependência de substâncias (e.g., Higgins, Silverman & Heil, 2008). De acordo com essa perspectiva, a autoadministração é o comportamento-problema central em indivíduos diagnosticados com abuso ou dependência de drogas (Higgins & Silverman, 1999). Assim, se novas contingências no ambiente desses indivíduos eliminarem o comportamento de autoadministrar substâncias, os prejuízos decorrentes desse uso também serão extintos. Essa perspectiva se alinha à visão médica segundo a qual indivíduos abstinentes há mais de um ano não preenchem diagnóstico de dependência química atual (APA, 1994; OMS, 1993 como citado em Miguel, A. Q., et. al., 2014, p.17).

Nas ciências do comportamento, considera-se, com base em evidências científicas, que as consequências daquilo que fazemos retroagem sobre nossas próprias ações, fortalecendo-as ou as enfraquecendo (Schneider, 2012), sendo que, quanto mais próximas temporalmente as consequências estão da ação, maiores são seus efeitos sobre esta (Rachlin, 2000).

O consumo de álcool é controlado ao menos em parte pelo efeito imediato da substância no organismo. Um efeito imediato são as alterações fisiológicas que a substância provoca no organismo com a ativação do mecanismo de recompensa e liberação de dopamina. Tal alteração pode ser suficiente para aumentar a probabilidade de emissão de toda uma cadeia de respostas que tenham como produto o acesso à substância. Adicionalmente, outras consequências podem participar do controle das mesmas respostas. Reforçadores sociais, como, por exemplo, atenção e companhia na hora do consumo, podem se relacionar funcionalmente com o ato de beber (Rachlin, 2000). Para a análise do comportamento, respostas controladas por reforçadores imediatos são chamadas de impulsivas. Por exemplo, no uso recreativo do álcool, geralmente o indivíduo o consome

para se sentir mais alegre, mais “solto”, se divertir. O consumo se torna compulsivo quando passa a ser controlado por reforçadores negativos, em que o indivíduo, na ausência da substância, sente-se mal de alguma forma, e passa a usar a substância para se livrar de seus sintomas de abstinência e outros estados aversivos de sua vida (Tavares, Abreu, Seger, Mariani & Filomensky, 2015). Os reforçadores negativos geralmente também se relacionam funcionalmente com o uso problemático de álcool, uma vez que beber, muitas vezes, elimina ou atrasa o contato com eventos aversivos. Por exemplo, é comum o relato de que beber diminui estados de ansiedade e *stress*, e o aumento do consumo geralmente ocorre em situações tidas como difíceis, como problemas no trabalho e com a família. Muitas vezes o beber ocorre para evitar os efeitos negativos do organismo frente à ausência da substância. Nesses casos, estados de mal-estar físico, como enjojo, dores no corpo, tremedeira, entre outros, são considerados estados de fissura frente à abstinência -- ausência do consumo da substância (Rachlin, 2000). A escolha entre abstinência ou consumo de bebidas alcoólicas se refere a escolha entre esquemas concorrentes, que são arranjos de contingência nos quais dois ou mais esquemas de reforçamento estão simultaneamente disponíveis (Ferster e Skinner, 1957), e, embora os esquemas concorrentes estejam disponíveis ao mesmo tempo, a escolha de um deles inviabiliza a escolha e contato com os reforçadores do outro esquema.

Estudos experimentais revelaram a relação entre o consumo de substâncias e eventos aversivos ao longo da vida. Eles demonstraram que, à medida que o acesso das pessoas a outros reforçadores diminui, sua motivação para beber álcool aumenta; que as drogas podem funcionar como reforçadores na aprendizagem de novas respostas; e que o consumo de substâncias tende a aumentar na presença de estímulos aversivos e diminuir frente a alternativas de reforço positivo (Vuchinich & Tucker, 1988, 1996, 1998).

Terapias comportamentais de terceira onda, como Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e Terapia Comportamental Dialética (DBT, do inglês *Dialectical*

Behavior Therapy) compreendem novas abordagens e métodos para lidar com casos complexos de abuso de substâncias. Grande parte do arcabouço conceitual empírico se relaciona com a análise do comportamento por ter seus princípios como base. Esses modelos de tratamento derivam da ciência contextual e comportamental e têm uma ênfase comum no desenvolvimento de métodos empíricos para abordar experiências psicológicas e físicas indesejáveis ou angustiantes comuns ao uso de substâncias e outros transtornos (Stotts, A. L., & Northrup, T. F., 2015).

O efeito do treino de algumas habilidades de *mindfulness* e de tolerância ao mal-estar conforme proposto pela DBT melhorou os resultados do tratamento para alcoolistas. Na segunda edição do livro *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta*, Artmed Editora. Linehan, M. M. (2018), um subconjunto das habilidades foi adicionado para o tratamento de alcoolistas justamente por ter melhorado os resultados em comparação a um tratamento sem elas. Este conjunto de habilidades incluídas no módulo de tolerância ao mal-estar concentrou-se na redução de comportamentos de adição (Linehan, M. M., 2018, pp. 10 e 11). “Os comportamentos de tolerância ao mal-estar almejados no treinamento de habilidades em DBT focam em tolerar e sobreviver a crises (inclusive aquelas causadas por comportamentos de adição), bem como aceitar a vida como ela é no momento” (Linehan, M. M., 2018, p. 416).

A DBT para transtornos por uso de substâncias (SUD, do inglês *Substance Use Disorder*), DBT-SUD é um tratamento psicossocial multimodal abrangente para uma população de indivíduos com problemas comportamentais múltiplos, complexos e graves. A maior parte da DBT padrão foi adotada na DBT-SUD, mas com um número de adaptações específicas para abordar de forma mais completa a dependência de substâncias (McMain, Sayrs, Dimeff e Linehan, 2007 como citado em Agoston, C., 2013, pp. 69 e 95).

Os alvos comportamentais específicos do tratamento DBT-SUD incluem: diminuir o abuso de substâncias, incluindo drogas ilícitas e drogas legalmente prescritas, tomadas de maneira não prescrita; aliviar o desconforto físico associado à abstinência; diminuir impulsos, desejos e tentações de abuso; evitar oportunidades e pistas para o abuso e, em vez disso, aumentar o reforço de comportamentos saudáveis e procurar ambientes que apoiem a abstinência e punam comportamentos relacionados ao uso de drogas (Dimeff, LA e Linehan, MM, 2008).

No presente estudo somente as habilidades de *mindfulness* e tolerância ao mal-estar foram alvo de treino ao longo do procedimento. Este fato se deu por fatores logísticos da condução da pesquisa, em período predeterminado, e por ambas as habilidades serem citadas como fundamentais na intervenção em casos de abuso de álcool.

Considerando que: (a) consumir álcool é um comportamento aprendido, com potenciais consequências em longo prazo prejudiciais à saúde e à vida social do indivíduo; (b) identificar a função do consumo de bebidas alcoólicas para cada indivíduo é fundamental no estabelecimento de intervenções efetivas analítico-comportamentais; (c) potencialmente, o consumo problemático de bebidas alcoólicas se relaciona funcionalmente a déficits de habilidades de tolerância ao mal-estar e estados aversivos; e (d) a descrição de medidas e procedimentos utilizados é necessária ao desenvolvimento científico de estudos aplicados focados em padrões de consumo de substâncias psicoativas, o objetivo deste estudo foi investigar o efeito de um programa analítico-comportamental, realizado individualmente, por meio do treino de habilidades *mindfulness* e tolerância ao mal-estar da DBT, do manejo comportamental em indivíduos que se enquadram no quadro de Transtorno por Uso de Substâncias (TUS), a partir da análise funcional do beber, sobre o consumo problemático de bebidas alcoólicas e da emissão de respostas funcionalmente concorrentes, adaptativas e relevantes socialmente.

As variáveis dependentes adotadas foram: escores de ansiedade (BAI), depressão (BDI), *stress* (ISSL), escores de grau de dependência do álcool (AUDIT e ASSIST), autorrelato de escores de fissura e confiança, de frequência do consumo e tipo de bebida alcoólica ingerida (destilado, vinho e cerveja), e da execução do repertório de respostas-alvo tidas como alternativas ao consumo do álcool. A descrição detalhada dos instrumentos utilizados encontra-se em Materiais utilizados, do Método.

O delineamento adotado foi o de sujeito único com comparação entre as Fases A, B, C, D e A de retorno à linha de base.

Com a realização do trabalho, as seguintes questões experimentais foram analisadas:

- (a) O programa comportamental diminuiu o relato sobre o nível de fissura do consumo, aumento da confiança e diminuição de autoadministração de álcool?
- (b) Houve diferença em relação aos resultados das medidas terapêuticas adotadas (Ansiedade; Depressão; *Stress*; ASSIST; AUDIT)?
- (c) Houve diferença no relato sobre o repertório de respostas concorrentes ao beber, previamente e posteriormente à intervenção?

Método

Participantes

A indicação de participantes se deu através do encaminhamento feito por psiquiatras e psicólogos que trabalham com questões relacionadas ao Transtorno por Uso de Substâncias (TUS), bem como pela divulgação da pesquisa nas redes sociais da pesquisadora e da irmandade Alcoólicos Anônimos (AA).

Entraram em contato 18 potenciais participantes. Destes: 7 participaram da Pré-intervenção; 6 participaram da Fase A, sendo que 2 participaram somente da primeira sessão, onde foi realizada a Entrevista do hábito de beber e não seguiram, pois um tentou se suicidar e o outro foi internado; 4 participaram da Fase B; na Fase C 1 participante participou somente da primeira sessão e foi internado e os outros três concluíram a Fase C. Três participantes concluíram a realização da pesquisa, sendo que as marcações de autorrelato de um deles eram inconstantes, de maneira que seus dados não puderam ser considerados na presente pesquisa.

Foram considerados para o presente estudo 02 participantes adultos, com 51 anos. Eles contaram que haviam sido diagnosticados por um psiquiatra com tendo transtorno por uso de substâncias – álcool (TUS - álcool) e relataram o desejo de parar de beber e/ou tratar o uso problemático de ingestão de bebidas alcoólicas.

O participante 1 (P1) possui nível superior completo, é corretor de imóveis, professor de artes e mora na cidade de São Paulo. Relatou ter se divorciado duas vezes, ter tido 02 filhas com sua primeira esposa e ser avô de 02 crianças da filha mais nova. P1 conta que, quando criança, em seu contexto familiar, bebia vinho diluído em água com açúcar (suco de vinho). A partir dos 14 anos, começou a beber cerveja e, desde que sua primeira esposa pediu a separação, aos seus 29 anos, o ato de ingerir bebidas alcoólicas se intensificou e passou a ser um problema. Após 03 meses de sua separação, P1 foi internado pela primeira vez, de

maneira compulsória, para tratar do seu uso abusivo de bebidas alcoólicas, tendo permanecido na clínica por 06 meses. Após 01 mês de sua alta, ele voltou a consumir bebidas alcoólicas e, passados 08 meses, foi internado novamente, mas desta vez com seu consentimento. P1 relata ter sido internado pelo uso problemático de álcool por mais de 10 vezes. Sua última internação teve duração de 01 ano, foi compulsória, e ele conta que ingeriu bebidas alcoólicas no mesmo dia em que saiu da internação. Isso se deu há 07 meses do início desta pesquisa. P1 conta que seu avô paterno e seu pai também apresentavam problemas com o uso nocivo de álcool, embora nunca tenham sido internados ou diagnosticados como alcoólicos. Ele fala que tentou diminuir a ingestão de bebidas alcoólicas, assim como fumar cigarro, mas nunca se propôs a parar de beber. Relata que ficou compulsoriamente sem ingerir bebidas alcoólicas somente durante suas internações. Suas bebidas preferidas são: whisky, tequila, cachaça e cerveja.

O participante 2 (P2) tem 51 anos, possui nível superior completo, é professor de ensino médio em uma escola particular, foi casado por 07 anos, se separou, e há 10 anos casou-se novamente. Reside com sua esposa e filho de 09 anos no interior de São Paulo. Relata que começou a beber na adolescência, em festas de vizinhos e com seus amigos de infância, quando tinha 14 anos. P2 relata que há 05 anos sua esposa começou a perceber que ele tinha um problema com o uso de álcool, uma vez que ficava muito falante, eufórico, interrompia as pessoas durante as conversas, e que quando começava não parava mais de beber até que o evento acabasse, dando claros sinais de embriaguez. Ele conta que não tinha esta percepção até o momento em que sua esposa atual sinalizou o fato. P2 relata ter tentado diminuir a ingestão de bebidas destiladas e consumir somente cerveja, buscando não ficar embriagado, mas não conseguiu. Ele diz que conseguiu ficar sem beber por 02 ou 03 semanas no máximo e que isso o fez perceber que “gosta de ficar bêbado”. Seu pai, já

falecido, bebia cachaça e apresentava problemas com o uso nocivo de álcool, conforme dito por ele. P2 é fumante. Suas bebidas preferidas são: wodka, cachaça e cerveja.

Terapeuta

A terapeuta é graduada em Psicologia (PUC-SP), pós-graduada em Gestão do Desempenho Empresarial (FGV-SP) e formada em *Organizational Behavior Management* (OBM) pelo Paradigma -- Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

Ambiente de coleta de dados

As sessões da intervenção terapêutica foram conduzidas virtualmente através da plataforma de videoconferência Zoom *Meetings*, que possui diversas funcionalidades, como compartilhamento de tela, gravação de *webinars*, acesso via telefone e upload de reuniões na nuvem.

Materiais utilizados

Com o objetivo de caracterizar os participantes e seus hábitos de beber, foi elaborado um Roteiro de Entrevista, disponível no Anexo A, com perguntas de interesse para a presente pesquisa, tais como: idade em que o participante começou a ingerir bebidas alcoólicas; tempo em que o ato de beber bebidas alcoólicas passou a ser um problema; número, tipo e resultado de tentativas prévias para cessar o comportamento de beber; quantidade e tipos de bebidas ingeridas (cerveja, destilado, vinho); período maior de abstinência; uso de outros tipos de substâncias -- lícitas e ilícitas; quantas vezes o indivíduo foi internado; e informações sociodemográficas. Para coleta, observação e análise dos dados, foram utilizados instrumentos de verificação das seguintes medidas: ansiedade; depressão; *stress*; identificação do consumo problemático de substâncias psicoativas para a saúde, dentre elas o álcool; autorrelato de fissura (intensidade da vontade de beber) e confiança em que não irá beber; e sobre o consumo, a quantidade em doses e tipos de bebidas ingeridas (cerveja, destilado, vinho), quantificados de acordo com o *Alcohol Use Disorders Identification Test*

(AUDIT), Anexo E. Estes instrumentos foram aplicados na Fase A (Linha de Base), após o término da intervenção das Fases B e C, e na Fase A de retorno à linha de base, que se deu concomitantemente ao final da Fase D. Os resultados foram utilizados ao longo do estudo como métricas da evolução do cliente em relação aos efeitos de cada uma das Fases da pesquisa. Com exceção do instrumento selecionado para medir *stress*, que foi selecionado por ser de fácil e rápida aplicação, visando identificar de modo objetivo a sintomatologia do stress que o participante apresenta; os demais instrumentos foram selecionados por serem os mais utilizados, segundo a literatura, na avaliação das variáveis que compõe este estudo.

Os instrumentos utilizados foram:

Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory*, BAI), Anexo B: é um inventário de autorrelato, constituído por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, e que devem ser avaliados em uma escala Likert de 4 pontos, que, conforme o Manual, refletem os níveis de gravidade crescente de cada sintoma: (0 = absolutamente não; 1 = levemente; 2 = moderadamente, 3 = gravemente). O escore total é resultado da soma dos escores individuais e varia de 0 a 63. Os resultados são avaliados de acordo com os seguintes pontos de corte: 0-10 pontos para o nível mínimo de ansiedade; 11-19 pontos para o nível leve; 20-30 pontos para o nível moderado; e 31-63 pontos para o nível grave (Cunha, 2001).

Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI), Anexo C: o BDI-II é o instrumento mais utilizado para avaliar a existência e gravidade dos sintomas depressivos. O teste, que consta de 21 itens, tem como objetivo identificar e medir a gravidade dos sintomas típicos da depressão em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos. Esta escala apresenta boa qualidade psicométrica confirmada por vários estudos de validade, inclusive no Brasil (Cunha, 2001; Goreinstein, Andrade & Zuardi, 2000; Santor, Gregus & Welch, 2006). Para avaliar o resultado, um valor de 0 a 3 é determinado para cada resposta, e a soma das respostas é comparada a uma chave para determinar a severidade do quadro

depressivo. Os valores básicos são: 0-9 indicam que o indivíduo não está deprimido, 10-18 indicam depressão leve a moderada, 19-29 indicam depressão moderada a severa e 30-63 indicam depressão severa. Valores maiores indicam maior severidade dos sintomas depressivos.

Inventário de Sintoma de *Stress* para Adultos de LIPP (ISSL), Anexo D: é um instrumento útil na identificação de quadros característicos do *stress*, para pessoas a partir de 15 anos, possibilitando diagnosticar o *stress* em adultos e a Fase em que a pessoa se encontra (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão). Baseia-se em um modelo quadrifásico, constituído por 53 itens, dos quais 34 são de natureza física ou somática e 19 de natureza psicológica, e propõe um método de avaliação do *stress* que enfatiza a sintomatologia somática e psicológica etiologicamente a ele ligada (LIPP, M. E., 2002). O ISSL possui parecer favorável no CFP (Reppold, C. T., Serafini, A. J., Gurgel, L. G., Magnan, E. D. S., Damion, M., Kaiser, V., & Almeida, L. D. S., 2018).

Alcohol Use Disorders x Identification Test (AUDIT), Anexo E: O Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool (AUDIT, do inglês: *Alcohol Use Disorder Identification Test*) é um instrumento originalmente desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no fim da década de 1980, para rastrear o uso excessivo de álcool e, principalmente, para ajudar profissionais de saúde a identificar pessoas que poderiam se beneficiar com a redução ou a cessação do uso de bebidas alcoólicas, a partir de um projeto que envolveu seis países (Austrália, Bulgária, Quênia, México, Noruega e Estados Unidos). Esse instrumento se configura, na atualidade, como uma das medidas mais empregadas em todo o mundo para a identificação de grupos de risco e rastreamento do uso inadequado de álcool em amostras clínicas e da população geral. É composto por 10 questões, que devem ser avaliadas em uma escala Likert de 4 pontos e refletem os níveis de frequência de consumo crescente de ingestão de bebidas alcoólicas: (0 = nunca; 1 = menos do que uma vez

por mês; 2 = uma vez por mês; 3 = uma vez por semana; e 4 = diariamente ou quase diariamente). O escore do AUDIT pode variar de 0 a 40 pontos, através de que podem ser identificados quatro padrões de uso de álcool ou zonas de risco, sendo: Baixo risco – 0 a 7 pontos; Uso de risco – 8 a 15 pontos; Uso nocivo – 16 a 19 pontos; Provável dependência – 20 a 40 pontos. A partir da identificação da zona de risco, torna-se possível ao profissional oferecer orientações personalizadas, focadas no padrão de consumo individual. (Meneses-Gaya, C. D., Zuardi, A. W., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. S., 2009 e Neufeld, M., Bunova, A., Ferreira-Borges, C., Bryun, E., Fadeeva, E., Gil, A., ... & Rehm, J., 2021).

Alcohol Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST), Anexo F: foi escolhido devido ao fato de ser rápido, confiável, válido e recomendado para uso com pacientes psiquiátricos. Permite a avaliação do consumo problemático de diferentes substâncias, proporcionando um quadro mais preciso do consumo de droga entre os indivíduos submetidos a tratamento psiquiátrico em serviços comunitários de saúde mental. O instrumento ASSIST foi validado no Brasil. A partir da soma das pontuações obtidas nos itens relacionados ao consumo de cada substância, o indivíduo é classificado como usuário de baixo risco, de risco moderado ou de alto risco para aquela substância. O questionário estruturado é composto por oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional -- nenhuma intervenção; de 4 a 15 como indicativa de abuso -- receber intervenção breve; e \geq

16 como sugestiva de dependência -- encaminhar para tratamento mais intensivo (Henrique, I. F. S., De Micheli, D., Lacerda, R. B. D., Lacerda, L. A. D., & Formigoni, M. L. O. D. S., 2004; e Corradi-Webster, C. M., Braga, C. M. D. S., & dos Santos, M. A., 2020).

Cartão de Fissura e Confiança, Anexo G: a definição de fissura da pesquisa é a de experimentar uma vontade, desejo ou sede pela substância (Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney, & Abrams, 2002). Para análise do comportamento, a fissura é um comportamento de tato -- que permite que a comunidade verbal tome contato, indiretamente, através do comportamento verbal do falante, que descreve aspectos dos ambientes externo e interno à pele (Skinner, 1957) -- a respeito da vontade de usar ou buscar a substância em questão (bebidas alcoólicas), que pode ser acessada pelo autorrelato. O cartão é apresentado com uma escala de autorrelato de 0 (nenhuma vontade) a 10 (vontade extrema) para classificação do nível de fissura, e uma escala de autorrelato de confiança de 0 (nenhuma confiança em que não irá beber) a 10 (muita confiança em que não irá beber) e consumo. O participante também deveria marcar a quantidade em doses e tipos de bebidas ingeridas (cerveja, destilado, vinho) e estes dados foram quantificados de acordo com o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), Anexo E.

Diariamente o participante deveria marcar seu nível de fissura, confiança, e consumo de bebidas alcoólicas e enviá-lo semanalmente à pesquisadora. A pesquisadora fazia a conversão em doses de bebidas, seguindo a tabela do AUDIT. Vale dizer que sempre que estivermos falando dos dados de fissura, confiança, quantidade e tipo de bebida alcoólica ingeridas estaremos nos referindo ao autorrelato dos participantes. Ao final de todas as sessões a pesquisadora lembrava aos participantes enviarem os dados solicitados. Este lembrete era feito novamente pelo aplicativo de troca de mensagens, uma vez por semana, após três dias do atendimento.

A distinção entre o tipo de bebida ingerida foi relevante para pesquisa para sabermos se o grau de etanol ingerido se manteve, aumentou ou diminuiu. A diferença entre uma bebida destilada (ex. wisk, pinga, conhaque e vodca) e uma fermentada (ex. cerveja, vinho, champagne e sidra) se baseia no processo de produção, onde a bebida poderá ser preparada pelo processo de destilação ou de fermentação, mas o composto orgânico que faz com que uma bebida seja classificada como alcoólica é o Etanol, medido pelos graus Gay Lussac (°GL), que é a unidade de medida de teor alcoólico. As bebidas destiladas apresentam um teor alcoólico maior do que as bebidas fermentadas. Bebidas destiladas: Uísque: 43-55 °GL; Pinga: 38-54 °GL; Conhaque: 40-45 °GL; e Vodca: 40-50 °GL. Bebidas fermentadas: Cerveja: 3-5 °GL; Vinho: 12 °GL; Champagne: 11 °GL; e Sidra: 4-8 °GL (Souza, L. A., 2018).

Instrumento para Análise ABC do beber, Anexo H: trata-se de um instrumento de avaliação direta de autorrelato para realização da análise funcional do comportamento de beber, pelo qual eventos antecedentes e consequentes, geralmente relacionados com a bebida, estão disponíveis para o registro (similar ao conduzido por O'Neill et al, 1997). Cada item deve ser avaliado em uma escala Likert de 4 pontos e reflete os níveis de frequência da presença de cada um quando da ingestão de bebidas alcoólicas: (0 = nunca; 1 = às vezes; 2 = frequentemente; 3 = quase sempre; e 4 = sempre).

Procedimentos

Delineamento experimental e procedimentos gerais

Tabela 1

Fases da pesquisa, objetivos, materiais utilizados e duração

Fase da Pesquisa	Nome	Objetivo	Materiais Utilizados	Duração
	Pré intervenção		TCLE	1 sessão individual

A	Linha de base	Conhecer os hábitos de beber, informações sociodemográficas e obter as medidas iniciais escolhidas	Roteiro de entrevista sobre o participante e seu hábito de beber Instrumentos: BAI, BDI, ISSL, AUDIT e ASSIST	3 sessões individuais
B	Análise funcional e seleção de classes de respostas concorrentes	Identificar os eventos ambientais aos quais o comportamento de beber é, ou era, contingente, para a seleção de classes de respostas concorrentes	Instrumento para Análise Funcional ABC do beber Instrumentos: BAI, BDI, ISSL, AUDIT e ASSIST	2 sessões individuais
C	Treino de habilidades de <i>mindfulness</i> e tolerância ao mal-estar	Realizar o treino de algumas habilidades de <i>mindfulness</i> e tolerância ao mal-estar (DBT) indicadas como prejudicadas ou ausentes, de acordo com o instrumento aplicado na Fase A	Fichas selecionadas de habilidades de DBT (<i>mindfulness</i> e tolerância ao mal-estar) Instrumentos: BAI, BDI, ISSL, AUDIT e ASSIST	4 sessões em grupo 1 sessão individual
D	Promoção de respostas concorrentes e de manutenção da abstinência	Descrever aos participantes as estratégias analítico-comportamentais para a ampliação do repertório de respostas concorrentes	Instrumento para Análise Funcional ABC do beber preenchido na Fase B	3 sessões individuais
A	Retorno à linha de base	Avaliar os resultados obtidos no estudo	Instrumentos: BAI, BDI, ISSL, AUDIT e ASSIST	2 sessões individuais
	Follow-up	Avaliar a manutenção dos resultados obtidos no estudo		1 sessão individual (a ser realizada)

Semanalmente, o Cartão de Fissura e Confiança (autorrelato) da semana anterior foi enviado à terapeuta, da Fase A até a Fase de retorno à linha de base.

Na presente pesquisa, fizeram parte da intervenção comportamental as seguintes quatro Fases: (A) Linha de base do relato de consumo de bebidas alcoólicas e das demais variáveis dependentes. Objetivo: conhecer, via autorrelato dos participantes, os hábitos de beber e informações sociodemográficas e obter as medidas iniciais dos instrumentos escolhidos; (B) Análise funcional do beber e seleção de classes de respostas concorrentes. Objetivo: identificar os eventos ambientais aos quais o comportamento de beber é, ou era, contingente, para a seleção de classes de respostas concorrentes; (C) Treino de habilidades de *mindfulness* e tolerância ao mal-estar. Objetivo: realizar o treino de algumas habilidades (DBT) indicadas para o tratamento do uso abusivo de substâncias; (D) Promoção de respostas concorrentes e de manutenção da abstinência. Objetivo: descrever aos participantes as estratégias analítico-comportamentais para a ampliação do repertório de respostas concorrentes e relacionadas funcionalmente ao comportamento de beber.; e (A) Retorno à linha de base. Objetivo: avaliar a manutenção dos resultados obtidos ao longo do estudo. A intervenção nas Fases A, B, D e A foi realizada individualmente. Na Fase C, o treino de habilidades (DBT) foi realizado em grupo com os 02 participantes. Todos eles foram expostos a um delineamento de sujeito único com comparação entre as Fases A, B, C, D e A de retorno à linha de base.

Este estudo ocorreu em 16 sessões, com duração de 60 minutos cada e com intervalos de uma semana entre cada uma delas. O *follow-up* previsto na última Fase da pesquisa será realizado após três meses do término da pesquisa, sendo prevista sua realização no mês de maio de 2021.

Pré-intervenção

No primeiro encontro, realizado individualmente, os participantes foram recepcionados pela pesquisadora responsável, e informados dos aspectos gerais da intervenção (duração média e objetivo) e sobre a necessidade de realizar os testes para medidas de ansiedade, depressão, *stress*, dependência ou não de bebidas alcoólicas (AUDIT e ASSIST) e anotações quanto a fissura e confiança, frequência e quantidade do consumo de bebidas alcoólicas, pois estas medidas seriam utilizadas ao longo do tratamento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Anexo I, foi submetido e aprovado pela Plataforma Brasil, de acordo com o modelo de formulário disponibilizado para avaliação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e a pesquisa teve início somente depois de aprovada. Os participantes concordaram em participar, o TCLE foi lido e enviado por e-mail para que fosse assinado e reenviado à pesquisadora, o que de fato ocorreu. Após o primeiro encontro, os participantes foram informados do dia e horário de início da intervenção.

Fase A

A primeira Fase foi a linha de base do estudo sobre o relato de consumo de álcool e a coleta das demais medidas escolhidas. Foram realizadas três sessões individuais, sendo: 1) Entrevista sobre o Hábito de Beber; 2) Aplicação dos instrumentos: AUDIT e ASSIST; e 3) Aplicação dos instrumentos: BAI, BDI e ISSL; explicação e envio por e-mail do Cartão de Fissura e Confiança para autorrelato diário do participante sobre seu nível de fissura e nível de confiança que não iria beber.

Fase B

A segunda Fase do estudo foi realizada com o objetivo de identificar os eventos ambientais aos quais o comportamento de beber é, ou era, contingente, para a seleção de classes de respostas concorrentes. Esta Fase foi primordial para a realização da Fase D, na

qual estratégias de automanejo para manutenção da abstinência foram indicadas aos participantes, a depender das variáveis relacionadas ao comportamento de beber de cada um. Foram realizadas duas sessões individuais, sendo: 1) Realização da análise funcional do beber utilizando o instrumento Análise Funcional ABC do beber (Anexo H), que foi preenchido conjuntamente com o participante e a pesquisadora, e os participantes foram instruídos a refletirem e analisarem funcionalmente o comportamento antes de beber, seus antecedentes e conseqüências. Exemplo: os eventos antecedentes ao ato de beber, os fatores preditores (i.e., operações motivacionais) e as alterações ambientais posteriores à ingestão de álcool. Os eventos antecedentes, preditores e consequentes são derivados de estudos anteriores, nos quais estratégias comportamentais foram utilizadas para a diminuição do comportamento de beber (e.g., Axelrod, 2011). Os antecedentes do comportamento de beber incluem os estímulos discriminativos e operações motivacionais nos quais esse comportamento ocorria e as operações motivacionais que poderiam momentaneamente alterar o valor reforçador de beber (Michael, 1993). Os antecedentes, assim como as conseqüências se referem a eventos relacionados funcionalmente ao ato de beber. As conseqüências são descritas como reforçadoras -- positivas ou negativas, ou punitivas -- imediatas ou atrasadas. Imediatas e atrasadas se referem à proximidade temporal entre o comportamento de beber e a alteração ambiental que os indivíduos produzem.; e 2) Complementação da análise funcional com eventos não previamente relatados ou identificados na sessão anterior e reavaliação dos instrumentos: BAI, BDI, ISSL, AUDIT e ASSIST. Semanalmente, o Cartão de Fissura e Confiança (autorrelato) da semana anterior foi enviado à terapeuta.

Fase C

O objetivo da terceira Fase foi o treino de habilidades (DBT) de *mindfulness* e tolerância ao mal-estar. Foram realizadas quatro sessões em grupo para o treino de

habilidades (DBT). Sessões: 1) Habilidades de *mindfulness* (O que é *mindfulness*; Concentrar a mente; Abrir a mente; Escaneamento Corporal e Julgamento); 2) Habilidades de tolerância ao Mal-estar (Prós e Contras; e Relaxamento muscular progressivo); e Habilidades de *mindfulness* -- Mente sábia e mente límpida; Reconhecer as preocupações e não necessariamente as ignorar; 3) Habilidades de *mindfulness* (Concentrar a mente); e Habilidades de tolerância ao Mal-estar (Repensar de maneira eficaz; e relaxamento progressivo); 4) Habilidades de *mindfulness* (Concentrar a mente); e Habilidades de tolerância ao Mal-estar (Queimando pontes e construindo novas). A verificação da aprendizagem ou não das habilidades treinadas se deu via autorrelato dos participantes e pelo registro das práticas ao longo da pesquisa. Uma última sessão foi realizada individualmente para reaplicação dos instrumentos: BAI, BDI, ISSL, AUDIT e ASSIST. Semanalmente, o Cartão de Fissura e Confiança (autorrelato) da semana anterior foi enviado à terapeuta.

Fase D

Esta Fase teve o objetivo de descrever aos participantes as estratégias analítico-comportamentais para a ampliação do repertório de respostas concorrentes e relacionadas funcionalmente ao comportamento de beber, que pudessem promover estratégias de automanejo de comportamentos alternativos ao beber, que não produzissem ou reduzissem (redução de danos) as consequências punitivas e que produzissem as consequências apetitivas produzidas pela resposta de beber. Foram realizadas três sessões individuais. Na primeira sessão desta Fase, as estratégias foram apresentadas aos participantes: descrições verbais de contingências que exemplificavam estratégias de automanejo. Posteriormente, foram discutidas e desenvolvidas outras estratégias, em conjunto com o participante e a pesquisadora, tendo por base a análise funcional do comportamento de beber de cada participante na Fase B. Nas duas sessões seguintes, os participantes foram convidados a relatar a aplicação das estratégias, e as orientações foram fornecidas pela pesquisadora a

depende da necessidade. Semanalmente, o Cartão de Fissura e Confiança (autorrelato) da semana anterior foi enviado à terapeuta.

Fase A

Esta Fase teve o objetivo de retorno à linha de base da pesquisa em que as mesmas condições da Fase inicial (Fase A – linha de base) estavam em vigor. Foram realizadas duas sessões para reaplicação dos instrumentos: BAI, BDI, ISSL, AUDIT e ASSIST.

Semanalmente, o Cartão de Fissura e Confiança (autorrelato) da semana anterior foi enviado à terapeuta.

Os participantes foram convidados a completar o questionário de satisfação com a intervenção realizada (cf, Attkisson, 1994).

Pós-intervenção (manutenção)

Com o objetivo de avaliar a manutenção dos resultados obtidos no estudo, será realizada uma sessão virtual após três meses do término da Fase A de retorno à linha de base. Os participantes serão instruídos a estimar a quantidade de vezes que ingeriram álcool ao longo da última semana e se eles tiveram oportunidade de aplicar as habilidades aprendidas no tratamento. Serão convidados a relatar possíveis dificuldades e desafios na execução das estratégias para evitar o consumo de álcool ao longo do primeiro mês pós pesquisa.

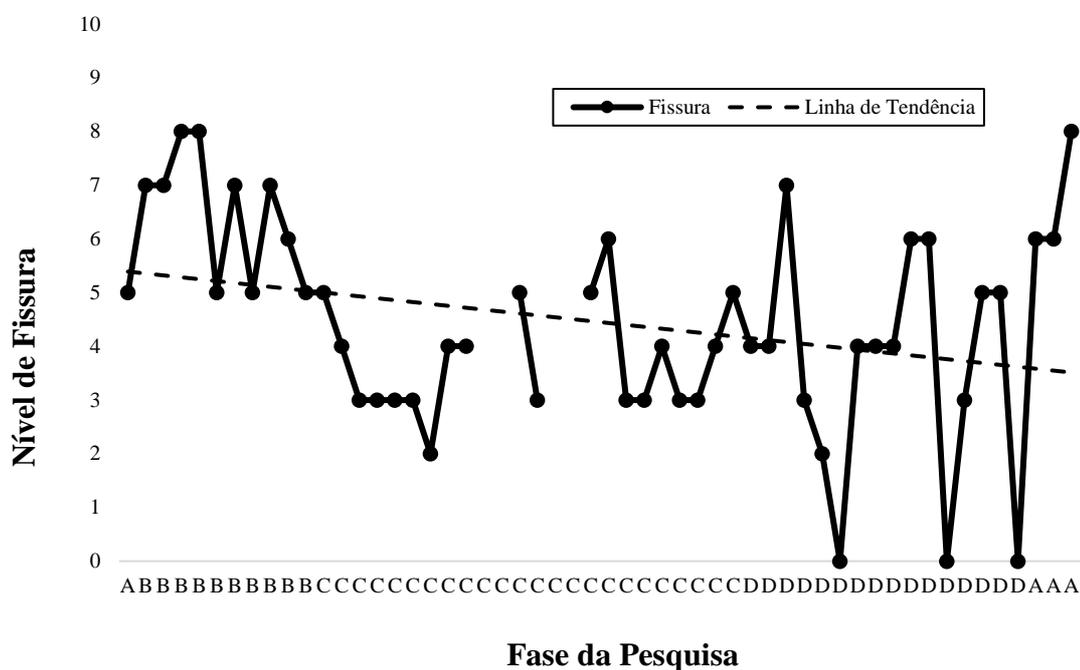
Resultados

Os resultados dos instrumentos utilizados para cada participante estão descritos nas Figuras de 1 a 16 e Tabelas de 1 a 10. Nelas, estão contidos os escores, pontuações e classificações obtidos nos instrumentos, em cada uma das Fases da pesquisa em que foram aplicados. Os valores totais médios foram usados para calcular os resultados dos instrumentos de autorrelato: Cartão de Fissura e Confiança; e consumo, quantidade e tipo de bebida alcoólica ingerida. Para os dados dos demais instrumentos: Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory, BAI*) - protocolo do inventário de ansiedade, Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*), Inventário de Sintoma de *Stress* para Adultos de LIPP (ISSL), *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, e *Alcohol Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*. Os escores brutos totais ou subescalas foram utilizados para todos os inventários.

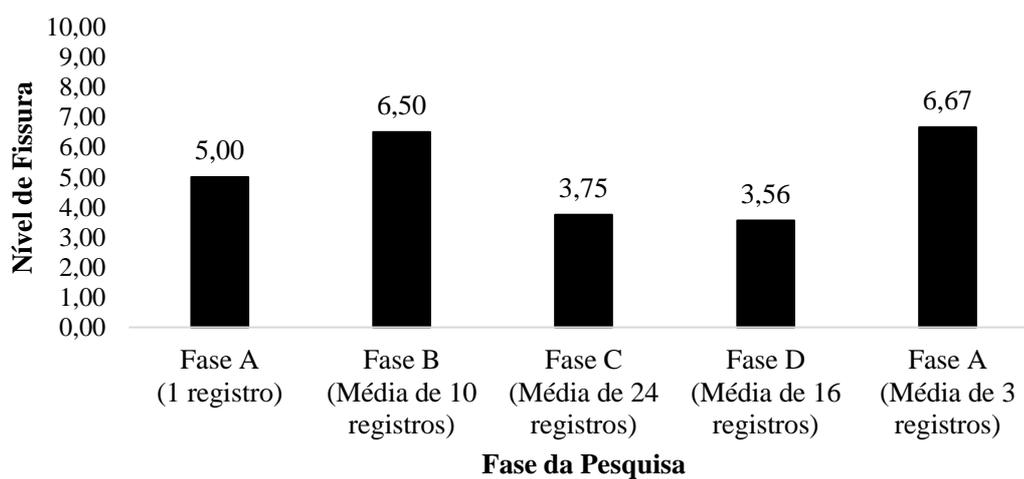
P2 iniciou o registro de autorrelato da fissura e confiança na Fase B, o que impossibilitou uma análise mais completa de seus resultados em relação ao início do estudo, Fase A.

Figura 1

Nível de Fissura por registro de P1 ao longo das Fases da pesquisa

**Figura 2**

Média de Fissura por registro de P1 obtida em cada Fase



As médias de Fissura, por registro, obtidas em cada Fase por P1 foram: Fase A: 5,00; Fase B: 6,50; Fase C: 3,75; Fase D: 3,56 e no retorno à linha de base: 6,67.

Comparativamente, aos resultados obtidos na Fase A, foi revelado um aumento de 33,40% do relato de fissura na Fase de retorno à linha de base, passando de 5,00 para 6,67.

Figura 3

Nível de Fissura por registro de P2 ao longo das Fases da pesquisa

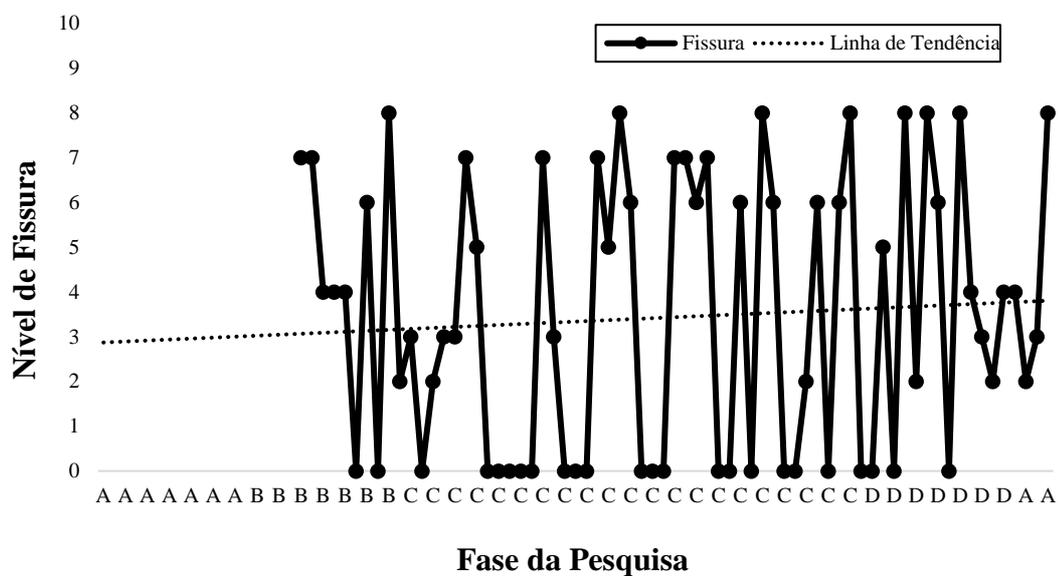


Figura 4

Média de Fissura por registro de P2 obtida em cada Fase

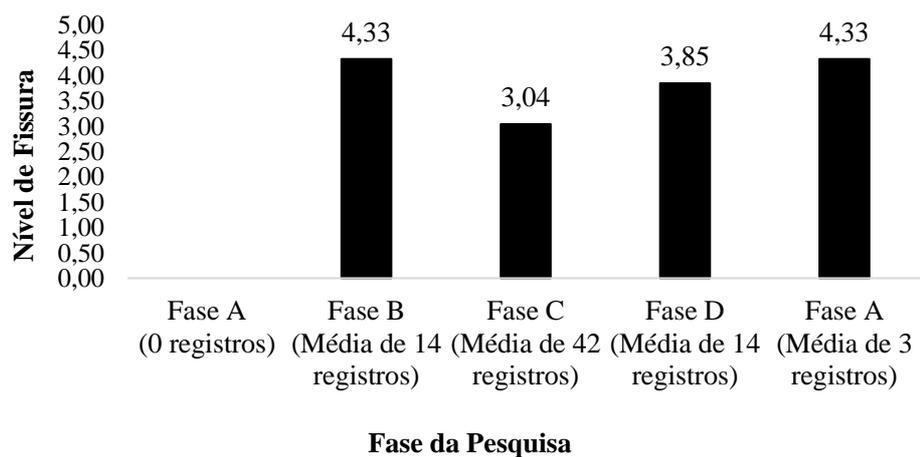
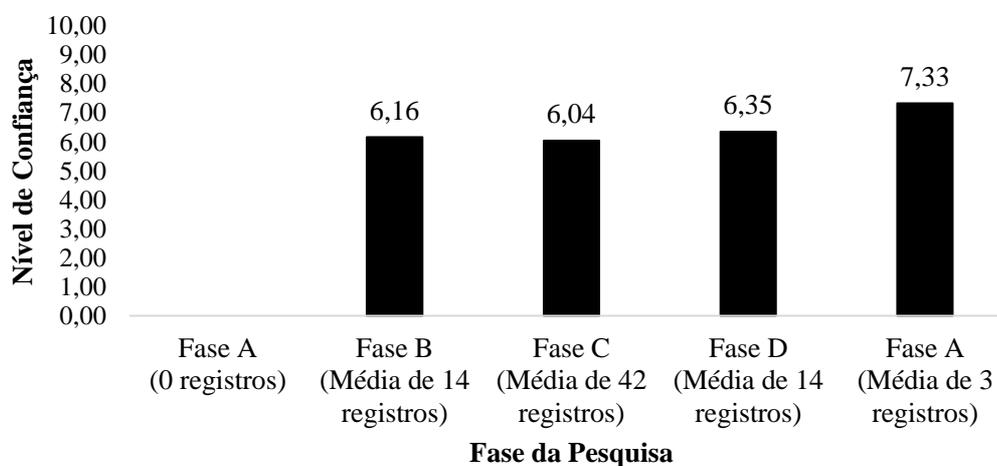


Figura 8

Média de Confiança por registro de P2 obtida em cada Fase

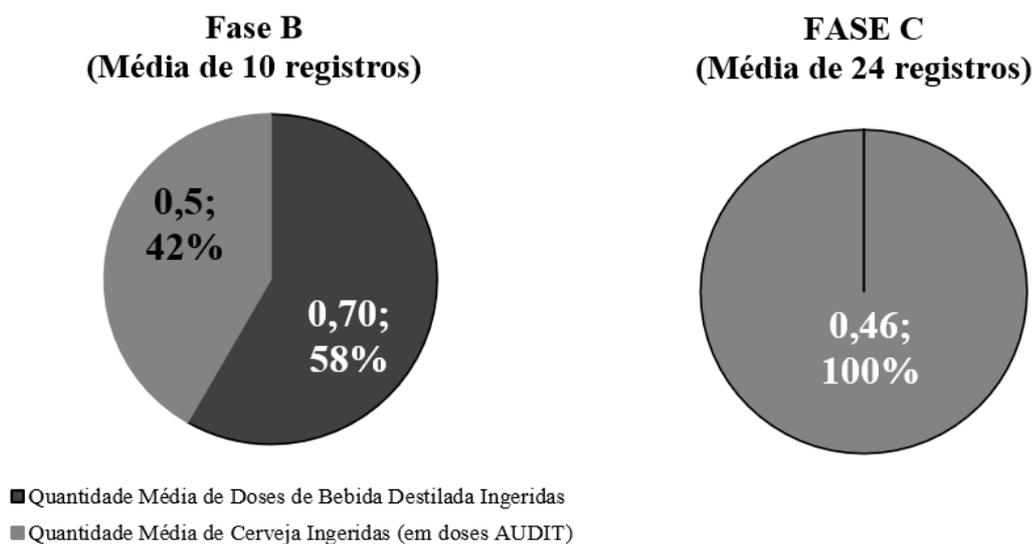


As médias de Confiança, por registro, obtidas em cada Fase por P2 foram: Fase A, não houve registro; Fase B: 6,16; Fase C: 6,04; Fase D: 6,35 e no retorno à linha de base: 7,33. Comparativamente, aos resultados obtidos na Fase B, foi revelado um aumento de 18,99% da confiança na Fase de retorno à linha de base, passando de 6,16 para 7,33.

Fases C (passando de 0,70 para 0,46), D e retorno à linha de base, passando de 0,70 para zero.

Figura 11

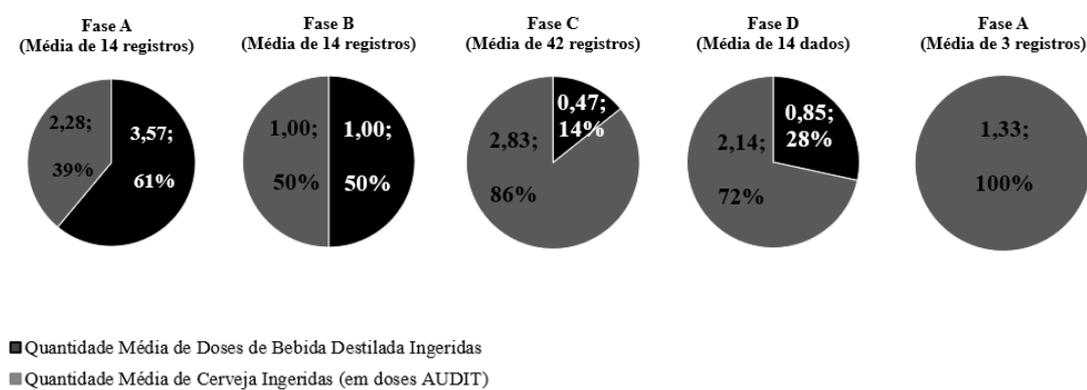
Média do tipo de bebidas alcoólicas ingeridas por P1 em cada Fase.



Na Fase A não houve constância no registro de P1. Na Fase B, bebidas destiladas (fogo paulista e gin tônica) representavam 71,42% e 28,58% (cerveja). Na Fase C, ingeriu somente cerveja. Nas Fases D e A (retorno à linha de base) P1 não ingeriu bebidas alcoólicas.

Figura 14

Média do tipo de bebidas alcoólicas ingeridas por P2 em cada Fase.



Na Fase A, bebidas destiladas (vodka e whisky) representavam 61% da ingesta e 39% de cerveja. No retorno à linha de base, P2 ingeriu 100% cerveja.

Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory, BAI*)

Tabela 2

Matriz de resultados do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Participante	P1		P2	
	Fase da Pesquisa	Pontuação	Classificação	Pontuação
A	28	Ansiedade Moderada	9	Grau mínimo de ansiedade
B	28	Ansiedade Moderada	9	Grau mínimo de ansiedade
C	16	Ansiedade Leve	7	Grau mínimo de ansiedade
A	27	Ansiedade Moderada	4	Grau mínimo de ansiedade

O instrumento BAI foi aplicado na Fase A, após o término da intervenção das Fases B e C, e no retorno à linha de base que se deu concomitantemente ao final da Fase D.

Os resultados obtidos por P1 nas Fases A e B indicaram ansiedade moderada (28 pontos). Na Fase C: ansiedade leve (16 pontos) representando uma diminuição de 57,14% da pontuação para ansiedade. No retorno à linha de base: ansiedade moderada (27 pontos), diminuindo 1 ponto (-3,57%) em relação ao início da pesquisa.

Em todas as Fases da pesquisa, os resultados obtidos por P2 indicaram grau mínimo de ansiedade. Nas Fases A e B, foi de 9 pontos; na Fase C: 7 pontos, tendo uma diminuição de -22,22% da ansiedade. No retorno à linha de base em relação à Fase A, houve uma diminuição de -55,55% da ansiedade.

Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*)

Tabela 3

Matriz de resultados do Inventário Beck de Depressão (BDI)

Participante	P1	P1	P2	P2
Fase da Pesquisa	Pontuação	Classificação	Pontuação	Classificação
A	22	Depressão moderada a severa	3	Não está deprimido
B	25	Depressão moderada a severa	5	Não está deprimido
C	18	Depressão leve a moderada	2	Não está deprimido
A	24	Depressão moderada a severa	1	Não está deprimido

O instrumento BDI foi aplicado na Fase A, após o término da intervenção das Fases B e C, e no retorno à linha de base que se deu concomitantemente ao final da Fase D.

Nas Fases A, B e de retorno à linha de base os resultados obtidos por P1 indicaram depressão moderada a severa, apresentando a pontuação de 22, 25 e 24 pontos respectivamente. A indicação na Fase B (análise funcional do beber) se manteve, embora tenha tido um aumento de 3 pontos (13,63%) em relação à Fase anterior. Na Fase C, o resultado indicou depressão leve a moderada com 18 pontos. Houve uma diminuição de 28% na pontuação para depressão da Fase B para Fase C.

Em todas as Fases da pesquisa, os resultados obtidos por P2 indicaram que ele não estava deprimido. Na Fase B, obteve 05 pontos, havendo um aumento de 66,66% em relação à Fase A. No retorno à linha de base: 01 ponto, havendo uma diminuição de -80% em relação à Fase B; de -50% em relação a Fase C; e de -66,66% em relação à linha de base.

Inventário de Sintoma de *Stress* para Adultos de LIPP (*ISSL*)

Tabela 4

Matriz de resultados do Inventário de Sintoma de Stress para Adultos de LIPP (ISSL)

Participante	P1	P1	P1	P1	P2
Fase da Pesquisa	Diagnóstico	Fase do Stress	% de Sintomas Físicos	% de Sintomas Psicológicos	Diagnóstico
A	Positivo	Quase Exaustão	80%	80%	Não tem Stress
B	Positivo	Quase Exaustão	70%	80%	Não tem Stress
C	Positivo	Resistência	50%	80%	Não tem Stress
A	Positivo	Quase Exaustão	70%	80%	Não tem Stress

O instrumento *ISSL* foi aplicado na Fase A, após o término da intervenção das Fases B e C, e no retorno à linha de base que se deu concomitantemente ao final da Fase D.

Nas Fases A, B e de retorno à linha de base, os resultados obtidos por P1 indicaram diagnóstico positivo para *stress* e Fase de quase exaustão. Na Fase C: diagnóstico positivo para *stress* e fase de resistência. Quanto a sintomatologia, os resultados de P1 foram: Fase A: 80% sintomas físicos e psicológicos; Fase B: 80% psicológicos e 70% físicos; Fase C: 80% psicológicos e 50% físicos; e retorno à linha de base: 80% psicológicos e 70% físicos.

P2 não apresentou *stress* em nenhuma das Fases da pesquisa.

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

Tabela 5

Matriz de resultados do Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

Participante	P1	P1	P2	P2
Fase da Pesquisa	Pontuação para Álcool	Recomendação	Pontuação para Álcool	Recomendação
A	14	Receber Intervenção Breve	17	Encaminhar para tratamento mais intensivo
B	14	Receber Intervenção Breve	17	Encaminhar para tratamento mais intensivo
C	14	Receber Intervenção Breve	17	Encaminhar para tratamento mais intensivo
A	07	Receber Intervenção Breve	11	Receber Intervenção Breve

O instrumento ISSL foi aplicado na Fase A, após o término da intervenção das Fases B e C, e no retorno à linha de base que se deu concomitantemente ao final da Fase D.

Nas Fases A, B, C e retorno à linha de base, os resultados obtidos por P1 indicaram que deveria receber intervenção breve para tratar o consumo de álcool. A pontuação obtida nas Fases A, B e C foi 14 pontos; e no retorno à linha de base 07 pontos (- 50%).

Nas Fases A, B e C, os resultados obtidos indicaram que P2 deveria ser encaminhado para tratamento mais intenso para tratar o consumo de álcool. No retorno à linha de base, a indicação foi para que recebesse uma intervenção breve. A pontuação teve uma diminuição de 17 pontos (Fases A, B e C) para 11 pontos na Fase A final, representando uma diminuição de -35,29% em sua pontuação para consumo de álcool.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Tabela 6

Matriz de resultados do Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Participante	P1	P1	P2	P2
Fase da Pesquisa	Pontuação para Álcool	Risco de Vício	Pontuação para Álcool	Risco de Vício
A	26	Provavelmente está viciado	34	Provavelmente está viciado
B	23	Provavelmente está viciado	34	Provavelmente está viciado
C	18	Alto	25	Provavelmente está viciado
A	13	Médio	20	Provavelmente está viciado

O instrumento AUDIT foi aplicado na Fase A, após o término da intervenção das Fases B e C, e no retorno à linha de base que se deu concomitantemente ao final da Fase D.

Os resultados obtidos por P1 indicaram diminuição de -50% do risco de vício ao longo da pesquisa. Obteve 26 pontos na Fase A; 23 pontos na Fase B; 18 pontos na Fase C; e 13 pontos no retorno à linha de base. Nas Fases A e B, os resultados indicaram que ele provavelmente estava viciado; na Fase C, apresentou alto risco; e no retorno à linha de base apresentou risco médio.

Os resultados obtidos por P2 sobre consumo de álcool indicaram em todas as Fases que ele provavelmente estava viciado. Obteve 34 pontos nas Fases A e B; 25 pontos na Fase C; e 20 pontos no retorno à linha de base. Comparando a Fase A e o retorno à linha de base, houve uma diminuição de -41,17%.

Análise Funcional do Beber

O resultado do autorrelato de P1 quanto à identificação dos preditores relacionados sempre ao beber foram: sentir-se chateado, angustiado, com coração apertado, ansioso, depressivo, desmotivado, nervoso, triste; estar com falta de apetite, antes de uma refeição; e estar relaxando. O contexto em que sempre bebia era predominantemente em casa e sozinho, devido à pandemia do Covid 19; em um bar ou padaria, na casa de amigos, no final de semana, e socializando com outros.

As consequências apetitivas sempre relacionadas ao beber eram: distração das dificuldades e preocupações (remoção de aversivos), abrir seu apetite, sentir-se relaxado, assistir a algo de que gosta, sentir-se mais confiante em situações sociais, sentir o gelado na boca e o gosto da bebida. As consequências punitivas relatadas e identificadas por P1 como sendo sempre presentes foram: ser criticado por pessoas de sua família (mãe, filhas, tios e tias), não finalizar algo importante, e sentir mal-estar físico (dores no corpo).

O resultado para P2 quanto à identificação dos preditores relacionados sempre ao beber foram: estar relaxando; seguido por: enquanto cozinhava, antes de uma refeição, sentindo-se ansioso e ao ver uma garrafa de bebida destilada.

O contexto em que sempre bebia era predominantemente em casa e sozinho, socializando com outros que estavam bebendo, seguida por, em um bar ou padaria e no final de semana. A consequência apetitiva sempre relacionada ao beber era sentir-se relaxado. Quase sempre: distração das dificuldades e preocupações, colocar o copo na boca, sentir o gelado na boca e o gosto da bebida. A consequência punitiva sempre presente foi ser criticado por sua esposa e filho. Quase sempre: gosto ruim na boca, estar cheirando a bebida e sentir preguiça.

Figura 15

Respostas funcionalmente concorrentes do beber de P1.

- Fazer os exercícios de *mindfulness* e tolerância ao mal-estar aprendidos na Fase C;
- Não reagir e responder rapidamente diante de provocações que se sentisse ofendido ou desafiado;
- Convidar suas netas para irem à sua casa;
- Ligar para familiares que normalmente o acolhiam;
- Fazer e tomar chás e sucos bem gelados;
- Tomar sorvetes;
- Comprar comidas saudáveis diferentes das habitualmente consumidas por ele e que o atraísse;
- Ingerir cerveja sem álcool num copo bem gelado; e
- Trocar bebidas destiladas por cerveja caso decidisse ingerir bebidas alcoólicas.

As estratégias relatadas por P1 como praticadas foram: fazer os exercícios de *mindfulness* e tolerância ao mal-estar aprendidos, durante a madrugada quando acordava com ansiedade, por volta das 2h. da manhã; fazer e tomar chás e sucos bem gelados; comprar e passar a consumir refrigerante e comidas diferentes e mais saudáveis, como saladas e às vezes um bife; controlar-se e não reagir quando se sentia provocado por seus familiares e, nestes momentos, fazer o exercício de meditação das folhas no rio (*mindfulness*); tomar de 4 a 6 sorvetes de limão por dia (refletiu que trocou a cerveja por sorvete); ingerir nos finais de semana cervejas sem álcool num copo bem gelado. Como resultado da aplicação das estratégias de automanejo, P1 relata não ter entrado em discussões de maneira imediata e impulsiva; haver uma maior aproximação com sua filha mais nova e suas netas; e estar se mantendo abstinente desde o início da Fase D até o retorno à linha de base, totalizando 35 dias de abstinência.

Figura 16

Respostas funcionalmente concorrentes do beber de P2.

- Conversar com a esposa e combinar que ele beberia somente na companhia dela, e que combinariam estes momentos com pelo menos 01 dia de antecedência;
- Em momentos de crise se manter ocupado de alguma maneira;
- Dar uma volta de moto com seu filho, fazendo uma rota diferente da rotina;
- Fazer os exercícios de mindfulness e tolerância ao mal-estar aprendidos;
- Comprar e deixar em casa na geladeira cerveja sem álcool e um copo no congelador;
- Ingerir cerveja sem álcool num copo bem gelado;
- Caso decida ingerir bebida alcoólica, fazer na presença da esposa mesmo que ela não beba.

As estratégias relatadas por P2 como praticadas foram: conversar com sua esposa e combinar de estarem juntos quando fosse beber, tendo combinado com pelo menos 01 dia de antecedência; manter-se ocupado com consertos domésticos e questões relacionadas ao trabalho nos momentos em que sua fissura estava mais alta; dar uma volta de moto, fazendo uma rota diferente da rotina, e relatou sentir-se bem; tomar banho à tarde para dar uma refrescada; ingerir nos finais de semana cerveja sem álcool num copo bem gelado. Como resultado, a partir da Fase D não ocorreram consequências punitivas após beber.

Tabela 7

Resumo das pontuações obtidas por P1 ao longo da pesquisa.

Legenda:	
	Melhorou em relação à Fase A ou primeiros dados da pesquisa
	Piorou em relação à Fase ou primeiros dados da pesquisa
	Não há dados

Instrumentos e Medidas		A (Linha de Base)	B (Análise Funcional)	C (Treino DBT)	D (Respostas Concorrentes)	A (Retorno à linha de base)
Inventário Beck Ansiedade - BAI	Pontuação	28 pontos		16 pontos		27 pontos
Inventário Beck de Depressão - BDI	Pontuação	22 pontos	25 pontos	18 pontos		24 pontos
Inventário de Sintoma de Stress para Adultos de LIPP (ISSL)	Classificação	Fase de Quase Exaustão		Fase de Resistência		Fase de Quase Exaustão
ASSIST - OMS	Pontuação		Álcool (14)			Álcool (07)
AUDIT -Questionário de auditoria para triagem sobre o consumo de álcool	Pontuação	26 pontos	23 pontos	18 pontos		13 pontos (Risco Médio)
Média da Fissura	Pontuação	5,00	6,50	3,75	3,56	6,67
Média da Confiança	Classificação	8,00	6,22	7,20	9,13	7,67
Média da Quantidade de Bebida	Pontuação		0,70	0,46	0,00	0,00
Média do % da Quantidade de Bebidas Destiladas	Pontuação		58%	0%	0%	0%

A tabela representa o resumo da comparação da pontuação ou classificação obtidas por P1 das Fases da pesquisa em relação à Fase A (linha de base) ou primeiros dados obtidos na pesquisa.

Tabela 8

% das variáveis que se mantiveram, pioraram ou melhoraram em relação às pontuações obtidas por P1 ao longo da pesquisa.

	Em relação a Fase A (linha de base) ou primeiro (s) dado da pesquisa		
	Manteve	Piorou	Melhorou
Fase B (7 variáveis)	43%	43%	14%
Fase C (9 variáveis)	11%	11%	78%
Fase D (4 variáveis)	0%	0%	100%
Retorno à linha de base (9 variáveis)	11%	22%	67%

A tabela representa quantos por cento da pontuação obtida por P1 manteve-se, piorou ou melhorou em relação da Fase A (linha de base) ou primeiros dados obtidos na pesquisa.

Em destaque as Fases de maior melhoria.

Tabela 9

Resumo das pontuações obtidas por P2 ao longo da pesquisa.

Instrumentos e Medidas		A (Linha de Base)	B (Análise Funcional)	C (Treino DBT)	D (Respostas Concorrentes)	A (Retorno à linha de base)
Legenda:						
			Melhorou em relação à Fase A ou primeiros dados da pesquisa			
			Piorou em relação à Fase A ou primeiros dados da pesquisa			
			Não há dados			
Inventário Beck Ansiedade - BAI	Pontuação	9 pontos		7 pontos		4 pontos
Inventário Beck de Depressão - BDI	Pontuação	3 pontos	5 pontos	2 pontos		1 ponto
Inventário de Sintoma de Stress para Adultos de LIPP (ISSL)	Classificação		Não tem Stress			Não tem Stress
ASSIST - OMS	Pontuação		Álcool (17)			Álcool (11)
AUDIT -Questionário de auditoria para triagem sobre o consumo de álcool	Pontuação	34 pontos		25 pontos		20 pontos
Média da Fissura	Pontuação		4,33	3,04	3,85	4,33
Média da Confiança	Classificação		6,16	6,04	6,35	7,33
Média da Quantidade de Bebida	Pontuação	5,85	1,00	3,30	3,00	1,33
Média do % da Quantidade de Bebidas Destiladas	Pontuação	61%	50%	14%	28%	0%

A tabela representa o resumo da comparação da pontuação ou classificação obtidas por P2 das Fases da pesquisa em relação à Fase A (linha de base) ou primeiros dados obtidos na pesquisa.

Tabela 10

% das variáveis que se mantiveram, pioraram ou melhoraram em relação às pontuações obtidas por P2 ao longo da pesquisa.

	Em relação a Fasa A (linha de base) ou primeiro dado da pesquisa		
	Manteve	Piorou	Melhorou
Fase B (7 variáveis)	57%	14%	29%
Fase C (9 variáveis)	22%	11%	67%
Fase D (4 variáveis)	0%	0%	100%
Retorno à linha de base (9 variáveis)	22%	0%	78%

A tabela representa quantos por cento da pontuação obtida por P1 manteve-se, piorou ou melhorou em relação da Fase A (linha de base) ou primeiros dados obtidos na pesquisa.

Em destaque as Fases de maior melhoria.

Discussão

O estudo teve como objetivo investigar o efeito de um programa analítico-comportamental, realizado individualmente, por meio do treino de habilidades *mindfulness* e tolerância ao mal-estar da DBT e do manejo comportamental, a partir da análise funcional do beber, e da emissão de respostas funcionalmente concorrentes, adaptativas e relevantes socialmente.

Buscamos responder se o programa comportamental diminuiu o relato sobre o nível de fissura, aumento da confiança e diminuição de autoadministração de álcool. Os resultados demonstram que em relação aos primeiros dados da pesquisa houve uma diminuição da fissura de P1 e P2 nas Fases C e D, onde foram ensinadas as habilidades *mindfulness* e de tolerância ao mal-estar (DBT) e estabelecidas respostas funcionalmente concorrentes ao beber. O aumento da fissura de P1 de 3,56 na Fase D para 6,67 na Fase A pode ser compreendido por P1 não ter mais ingerido bebidas alcoólicas.

Houve um aumento 3,08% de confiança de P2 na Fase D -- em que respostas funcionalmente concorrentes ao beber foram estabelecidas -- e, no final da pesquisa, o nível de confiança estava 18,99% maior em relação aos primeiros dados. Assim como apontado no estudo de Axelrod (2011), as análises dos eventos antecedentes, preditores e consequentes para a diminuição do comportamento de beber, na presente pesquisa a quantidade de doses de bebidas alcoólicas ingeridas diminuiu. P1 estava abstinente no retorno à linha de base e P2 havia diminuído -77,26% de seu consumo, além de ter passado a ingerir somente cerveja.

A diminuição do consumo de bebidas alcoólicas também está alinhada aos resultados de estudos anteriores de Vuchinich & Tucker (1988, 1996, 1998), nos quais comportamentos funcionalmente concorrentes ao beber foram estabelecidos para produzir alternativas de reforço positivo, diminuindo o consumo de substâncias. O mesmo aconteceu nos resultados coletados pós treino de habilidades *mindfulness* e de tolerância ao mal-estar (Bowen e

colegas, 2006; Zgierska e colegas, 2008; Linehan, M. M., 2018), que demonstram um uso menor de álcool e drogas.

Outro questionamento na pesquisa se refere à possibilidade de haver diferença em relação aos resultados das medidas terapêuticas adotadas: Ansiedade; Depressão; Stress; ASSIST; e AUDIT. Houve uma diminuição da pontuação para ansiedade de P1 (-3%) e de P2 (-55,55%), embora a classificação dos escores obtidos tenha se mantido. Esta redução está alinhada ao estudo de Zgierska e colegas (2008), conforme citado em Agoston, C. (2013), em que foi realizado um tratamento ambulatorial intensivo para dependência de álcool com base em *mindfulness*, e os resultados apontaram reduções na ansiedade, na depressão e no *stress* de quem completou o estudo. A pontuação para depressão de P1 diminuiu -28% da Fase B para a Fase C -- onde os treinos de habilidades *mindfulness* e de tolerância ao mal-estar foram realizados -- e sua classificação foi alterada de depressão moderada a severa para leve a moderada. P2 não apresentou pontuação suficiente para sua classificação para depressão ao longo do estudo, no entanto, sua pontuação no final da pesquisa diminuiu -66,66% em relação à Fase A. Quanto ao resultado da medida de stress, P2 não apresentou stress ao longo da pesquisa e P1 melhorou sua classificação na Fase C, passando de quase exaustão para a fase de resistência.

Comparando o início e o final da pesquisa, a pontuação obtida em relação ao consumo de álcool do ASSIST apresentou uma diminuição para P1 de -50% e para P2 de -35,29%. P2 obteve como alteração sua classificação de encaminhar para tratamento mais intensivo para receber intervenção breve.

A pontuação do instrumento AUDIT também apresentou redução ao longo da pesquisa. Os resultados obtidos por P1 indicaram diminuição de -50% do risco de vício e sua classificação foi alterada: de provavelmente estar viciado para risco médio no retorno à linha

de base. P2 obteve uma diminuição de -41,17% em sua pontuação, embora sua classificação de provavelmente estar viciado tenha se mantido.

Outra variável investigada foi o relato sobre o repertório de respostas concorrentes ao beber, previamente e posteriormente à intervenção. Os resultados demonstraram ser positivos. P1 relatou ter diminuído a frequência com que entrou em discussões de maneira imediata e impulsiva; de haver uma maior aproximação com sua filha mais nova e suas netas; de estar se mantendo abstinente desde o início da Fase D até o retorno à linha de base; e de se sentir melhor. P1 fez o seguinte relato e reflexão sobre o aumento de seu consumo de picolé: “Estou tomando muito sorvete. Adoro! Acho que meu vício passou de álcool para picolé.” Para estudos posteriores, poderão ser investigadas a redução de danos e as questões relacionadas a impulsividade e a compulsão.

Para P2, beber na companhia da esposa pode ser entendido como concorrente ao beber demasiadamente estando sozinho. A partir da Fase D, ele relatou não ter mais produzido as consequências punitivas apontadas por ele na Fase B. Para futuros estudos que tenham como base esta pesquisa, a marcação da frequência das respostas concorrentes ao beber pode ser solicitada para uma melhor investigação.

Um fato que merece consideração é a pesquisa ter sido realizada em plena pandemia do COVID-19, em um momento de necessidade de distanciamento social, dentre outras variáveis. O isolamento social afetou a vida dos participantes, dificultando o acesso a reforçadores alternativos e concorrentes ao consumo de álcool. Vale mencionar que pesquisas como a realizada pela OPAS (2020) indicam que, no período da pandemia, ocorreu a intensificação do abuso de álcool durante o isolamento. Para que fosse possível o término do mestrado no tempo previsto, o estudo foi realizado virtualmente.

No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou, em março de 2020, a “... Resolução n. 04/2020, que regulamenta a prestação de serviços psicológicos por meio de

Tecnologia da Informação e da Comunicação (TIC) em tempos de pandemia (*Summit Saúde Brasil*, 2020).”

Como informado pela *Summit Saúde Brasil* (2020):

Diversos estudos para avaliar a efetividade do sistema têm se mostrado favoráveis à prática, embora ainda ocorram questionamentos a respeito do empobrecimento da relação terapêutica e questões éticas sobre a confidencialidade. Pesquisas realizadas com grupos representativos não revelaram grandes prejuízos à relação terapêutica como se pensava, assim como a efetividade dos tratamentos tem apresentado efeitos assertivos. As questões legais e éticas são tratadas à medida que surgem, com diretrizes claras por parte dos órgãos reguladores e treinamento adequado (*A psicologia online funciona?*; para 1 e 2).

Outro aspecto de relevância máxima é o fato de somente as habilidades de *mindfulness* e tolerância ao mal-estar terem sido alvo de treino ao longo do procedimento. Este fato se deu por fatores logísticos da condução da pesquisa, em período predeterminado, e por ambas as habilidades serem citadas como fundamentais na intervenção em casos de abuso de álcool. Para estudos posteriores, estes aspectos devem ser considerados e analisados os resultados de um treinamento completo DBT-SUD. Adicionalmente, havendo a possibilidade futura, sugere-se que a intervenção possa ser realizada presencialmente para fins comparativos.

Sobre as variáveis dependentes, P2 iniciou o registro da fissura e confiança na Fase B, o que impossibilitou uma análise mais completa de seus resultados em relação ao início do estudo. O registro pelos participantes das medidas de fissura, confiança, quantidade e tipo de bebida desde o início do trabalho é outro aspecto a ser aprimorado em futuras pesquisas. Com esse objetivo, sugere-se que, em estudos posteriores, os participantes tenham um tempo superior para treinar a forma de registro e recebam lembretes diários, via telefonema ou por

aplicativo de troca de mensagens, sobre a necessidade de registrar seus dados, para que o registro dos dados sejam feitos e tenha o custo de resposta facilitado.

Este estudo conclui que o estabelecimento de respostas concorrentes funcionalmente ao beber -- decorrentes da análise funcional do beber de cada participante -- e o treino de habilidades *mindfulness* e de tolerância ao mal-estar contribuem para a diminuição do uso problemático de bebidas alcoólicas, do nível de ansiedade e depressão por indivíduos diagnosticados com TUS-álcool, que relatem querer ter uma relação diferente com o álcool.

A Secretaria de Saúde Mental do município de Cajuru-SP, que fez os primeiros encaminhamentos de participantes potenciais para a pesquisa, receberá os resultados e a partir deles discutirá propostas de tratamento para o uso problemático de álcool.

Referências

- Agoston, C. (2013). *Mindfulness & acceptance for addictive behaviors: Applying contextual CBT to substance abuse & behavioral addictions*.
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). *Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy*. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 37(1), 37-42.
- Borloti, E. B., Haydu, V. B., & Machado, A. R. (2015). Crack: Análise comportamental e exemplos das funções da dependência [Crack: *Behavioral analysis and examples of dependence functions*]. *Acta Comportamentalia*, 23(3), 323–338.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Chawla, N., Hayes, S. C., & Levin, M. E. (2012). *Mindfulness-based relapse prevention: Integrating meditation into the treatment of problematic substance use*. *Mindfulness and acceptance for addictive behaviors: Applying contextual CBT to substance abuse and behavioral addictions*, 102-128.
- CAPS, 22/11/2019.
- https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/?p=204204 .
- Corradi-Webster, C. M., Braga, C. M. D. S., & dos Santos, M. A. (2020). Consumo de Drogas, Rede e Apoio Social entre Pacientes Psiquiátricos Ambulatoriais. *Avaliação Psicológica*, 19(2), 132-141.
- Dimeff, LA e Linehan, MM (2008). Terapia comportamental dialética para usuários abusivos de substâncias. *Ciência da dependência e prática clínica*, 4 (2), 39.
- Bastos, F. I. P. M., Vasconcellos, M. T. L. D., De Boni, R. B., Reis, N. B. D., & Coutinho, C. F. D. S. (2017). III levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira.

Bastos, K. R. P., & Costa, L. F. (2020). O adolescente autor de ofensa sexual: da denúncia à responsabilização jurídica. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(2), 97.

Behavioral Tech (2015). *What is DBT*. Recuperado em 29 de novembro, 2016, <http://behavioraltech.org/resources/whatisdbt.cfm>.

Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ferster, C. B., & Skinner, B. F. (1957). *Schedules of reinforcement*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Gorenstein, C., Andrade, L. H., & Zuardi, A. W. (2000). Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. In *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 438-438).

Henrique, I. F. S., De Micheli, D., Lacerda, R. B. D., Lacerda, L. A. D., & Formigoni, M. L. O. D. S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50. 10.1590/S0104-42302004000200039, 199-206.

Higgins, ST, Heil, SH e Lussier, JP (2004). Implicações clínicas do reforço como um determinante dos transtornos por uso de substâncias. *Annu. Rev. Psychol.* , 55 , 431-461.

Higgins, S. T., & Silverman, K. E. (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management interventions* (pp. xv-399). *American Psychological Association*.

Lane, Scott & R. Cherek, Don & Rhoades, Howard & Pietras, Cynthia & Tcheremissine, Oleg. (2003). *Relationships Among Laboratory and Psychometric Measures of Impulsivity: Implications in Substance Abuse and Dependence*. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2. 33-40. 10.1097/00132576-200302020-00001.

Linehan, M. M., & Dimeff, L. A. (1997). *Dialectical behavior therapy manual of treatment interventions for drug abusers with borderline personality disorder*. Seattle: University of Washington.

Linehan, M. M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno da personalidade borderline*. Porto Alegre: Artmed.

Linehan, M. M. (2018). *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia dialética comportamental para o terapeuta*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed.

Linehan, M. M. (2018). *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia dialética comportamental para o paciente*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed.

LIPP, M. E. (2002). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. rev. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N., & Guevara, A. D. H. (1994). Validação empírica do Inventário de Sintomas de *Stress* (ISS). *Estudos de psicologia*, 11(3), 43-49.

Meneses-Gaya, C. D., Zuardi, A. W., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. S. (2009). *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties*. *Psychology & Neuroscience*, 2(1), 83-97.

Miguel, A. Q., Yamauchi, R., Simões, V., & Laranjeira, R. R., *Boletim Paradigma*, vol. 09, ago 2014. Teoria e Aplicação. ISSN 2176-344.

Monti, P. M., Kadden, R., Rohsenow, D. J., Cooney, N., Abrams, D. B., (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. Guilford Press. Guilford Press.

Neufeld, M., Bunova, A., Ferreira-Borges, C., Bryun, E., Fadeeva, E., Gil, A., ... & Rehm, J. (2021). O Teste de Identificação de Distúrbios por Uso de Álcool (AUDIT) no idioma russo - uma revisão sistemática dos esforços de validação e desafios de aplicação.

O'Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Storey, K., & Sprague, J. R. (1997).

Functional analysis of problem behavior: A practical assessment guide. Sycamore Publishing Company.

Organização Pan-Americana da Saúde (2018). Uso nocivo de álcool mata mais de 3 milhões de pessoas a cada ano; homens são a maioria.

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5763:uso-nocivo-de-alcool-mata-mais-de-3-milhoes-de-pessoas-a-cada-ano-homens-sao-a-maioria&Itemid=839.

Organização Pan-Americana da Saúde (2020). *Alcohol Use during the COVID-19 Pandemic in Latin America and the Caribbean*, 8 September 2020.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52646/PAHONMHMHCovid-19200042_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Organização Mundial da Saúde (2018). Relatório de status global sobre álcool e saúde 2018. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>.

Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Padilha, M. G. S., & Filho, I. X. V. (2016). Abuso sexual: A violência sexual contra vulneráveis. In P. I. Gomide & S. S. Staut Júnior (Eds.), *Introdução à Psicologia Forense* (pp. 183-204), Curitiba, PR: Juruá.

Rachlin, H. (2000). *The science of self-control*. Harvard University Press.

Reppold, C. T., Serafini, A. J., Gurgel, L. G., Magnan, E. D. S., Damion, M., Kaiser, V., & Almeida, L. D. S. (2018). Análise de manuais de testes psicológicos aprovados pelo Satepsi para avaliação de adultos. *Psicologia: teoria e prática*, 20(3), 100-120.

Santor, D. A., Gregus, M., & Welch, A. (2006). FOCUS ARTICLE: *Eight decades of measurement in depression. Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives*, 4(3), 135-155.

Santos, S. S. dos, & Dell’Aglío, D. D. (2013). O processo de revelação do abuso sexual na percepção de mães. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 50-64.

Schneider, M. S. (2012). *The science of consequences: How they affect genes, change the brain, and impact our world*. New York, NY: Prometheus Books.

Silverman, K., Roll, JM, & Higgins, ST (2008). Introdução ao número especial sobre a análise do comportamento e tratamento da toxicodependência. *Jornal da análise do comportamento aplicada*, 41 (4), 471-480.

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1981). *Selection by consequences*. *Science*, 213(4507), 501-504.

Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2005). *Guided self-change model of treatment for substance use disorders*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 199-210.

Sobell, LC e Sobell, MB (2011). *Terapia de grupo para transtornos por uso de substâncias: uma abordagem cognitivo-comportamental motivacional*. Guilford Press.

Souza, L. A. (2018) *Mundo Educação. Bebidas destiladas e fermentadas*.

<https://mundoeducacao.uol.com.br/curiosidades/bebidas-destiladas-fermentadas.htm>

Stotts, A. L., & Northrup, T. F. (2015). *The promise of third-wave behavioral therapies in the treatment of substance use disorders*. *Current opinion in psychology*, 2, 75-81.

Summit Saúde Brasil (2020). <https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/os-principais-desafios-do-atendimento-psicologico-online-2/>

Tavares, H., Abreu, C. N. de, Seger, L., Mariani, M. M. de C., & Filomensky, T. Z. (2015). *Psiquiatria, saúde mental e a clínica da impulsividade*. Barueri, SP: Manole.

Vuchinich, R.E., & Tucker, J.A. (1988). *Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse*. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (2), 181–195.

Vuchinich, R.E., & Tucker, J.A. (1996). *Alcoholic relapse, life events, and behavioral theories of choice: A prospective analysis*. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4 (1), 19–28.

Vuchinich, R.E., & Tucker, J.A. (1998). *Choice, behavioral economics, and addictive behavior patterns*. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd edn.; pp. 93–104). New York: Plenum.

ANEXOS

Anexo

A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SOBRE O PARTICIPANTE E SEU HÁBITO DE BEBER

Nome do Participante:

Data:

Informações sociodemográficas

1. Qual sua data de nascimento? Quantos anos você tem?
2. Qual seu grau de escolaridade?
3. Com quem você mora? Onde?
4. Qual seu estado civil?
5. Você tem uma profissão? Qual?
6. Como você sobrevive financeiramente falando? É dependente economicamente de familiares?
7. Você tem um grupo de amigos extenso ou reduzido?
8. Você já teve algum relacionamento afetivo estável (namoro, casamento)?
9. Como são suas amizades?

Informações sobre Hábito de Beber

1. Com quanto anos você começou a beber?
2. Há quanto tempo o ato de beber álcool passou a ser um problema? Qual o contexto?
3. Existem outras pessoas na sua família que fazem o uso abusivo de álcool? Quem (grau de parentesco – relação filogenética)?
4. Com quem você começou a beber (amigos, familiares)? Qual o contexto?
5. Você já tentou parar de beber? Quantas vezes (número de tentativas prévias) você já tentou cessar o comportamento de beber?
6. Qual a quantidade e tipos de bebidas ingeridas (cerveja, destilado, vinho)?
7. Qual foi o máximo de tempo que você conseguiu ficar sem beber (período maior de abstinência)?
8. Com que frequência você consome cinco ou mais bebidas em uma única ocasião? - AUDIT questão 3.
9. Com que frequência, no último ano, você não conseguiu parar de beber, depois de ter começado? - AUDIT questão 4.
10. No último ano, com que frequência você deixou de fazer algo que seria normalmente esperado de você por causa da bebida? - AUDIT questão 5.
11. Com que frequência, no último ano, você sentiu necessidade de uma bebida pela manhã para se recuperar de uma noite de bebedeira? - AUDIT questão 6.
12. Com que frequência, no último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber? - AUDIT questão 7.
13. Com que frequência, no último ano, você esqueceu o que aconteceu durante a noite devido ao consumo de álcool? - AUDIT questão 8.
14. Você fez ou faz uso de outros tipos de outras substâncias -- lícitas e ilícitas (maconha, cocaína, crack, remédios, balas sintéticas etc.)?
15. Você já foi internando por causa desse problema? Quantas vezes?

Anexo B



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Departamento
de Psicobiologia


INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - BAI

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____
 ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Dificilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no estômago				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

Anexo C



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Departamento
de Psicobiologia



INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____
/ /

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar



INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido</p> <p>1 Acho que posso ser punido</p> <p>2 Creio que vou ser punido</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>
13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

Anexo D

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS

PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Marilda Emmanuel Novaes Lipp

MEL.003.9

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Local de Nascimento: _____/_____/_____
dia mês ano Cidade Estado País

Idade: _____ Sexo: M () F () Escolaridade: _____

Curso/Série: _____ Escola/Instituição: _____ Públ. () Priv. ()

Ocupação: _____ Data da Aplicação: ____/____/_____
dia mês ano

Aplicador: _____

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: _____
assinatura

CADERNO DE APLICAÇÃO

Instruções

Quadro 1 - Assinalar com F1 ou P1, como indicado para sintomas que tenha experimentado nas últimas 24 horas.

Quadro 2 - Assinalar com F2 ou P2, como indicado para sintomas que tenha experimentado na última semana.

Quadro 3 - Assinalar com F3 ou P3, como indicado para sintomas que tenha experimentado no último mês.

© 2000 Casapeli Livraria e Editora Ltda
 É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
 Rua Simão Álvares, 1020 — Via Madalena — Pinheiros/SP — Brasil
 CEP 05417-520 — Tel.: (11) 3034-3666 — www.casadepsicologo.com.br

O presente Caderno de Aplicação é impresso em cores. Caso desconfie de sua autenticidade, ligue para (11) 3034-3600.

Anexo E

AUDIT

Circle o número que ficar mais próximo à resposta dada:

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?				
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Duas a quatro vezes por mês	(3) Duas a três vezes por semana	(4) Quatro ou mais vezes por semana
2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas você costuma tomar?				
(0) 1 ou 2 "doses"	(1) 3 ou 4 "doses"	(2) 5 ou 6 "doses"	(3) 7 a 9 "doses"	(4) 10 ou mais "doses"
3. Com que frequência você toma seis ou mais doses em uma ocasião?				
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
4. Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?				
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
5. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?				
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?				
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
7. Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?				
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
8. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?				
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
9. Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou porque você bebeu?				
(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano		(4) Sim, durante o último ano	
10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou te disse para parar de beber?				
(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano		(4) Sim, durante o último ano	

*Preencha as questões 2 e 3, transformando as quantidades em "doses":

CERVEJA: 1 copo (de chope – 350ml), 1 lata – 1 "DOSE" ou garrafa – 2 "DOSES"

VINHO: 1 copo comum grande (250ml) – 2 "DOSES" – 2 "DOSES" ou 1 garrafa – 8 "DOSES"

CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: 1 "martelinho" (60ml) – 2 "DOSES"

1 "martelo" (100ml) – 3 "DOSES" OU 1 garrafa – mais de 20 "DOSES"

UISQUE, RUM, LICOR, etc.: 1 "dose de dosador" (45-50ml) – 1 "DOSE"

OBSERVAÇÕES:

- Nas questões número 1 e 3, caso não seja compreendido, substitua por "com que frequência" ou "quantas vezes por ano, mês ou semana"; nas questões 4 a 8, substitua por de quanto em quanto tempo".

- Nas questões número 4 a 8 caso não seja compreendido, substitua "durante o último ano" por "desde o mês de(corrente) do ano passado.

- Na questão 3 substitua "seis ou mais doses" pela quantidade equivalente das bebidas no(s) recipientes em que são consumidas. Ex. ".....três garrafas de cerveja ou mais"...

A pontuação que o sujeito atinge ao responder aos itens do AUDIT permite a classificação do uso da substância da seguinte forma: Baixo risco – 0 a 7 pontos; Uso de risco – 8 a 15 pontos; Uso nocivo – 16 a 19 pontos; Provável dependência – 20 a 40 pontos. A partir da identificação da zona de risco, torna-se possível ao profissional oferecer orientações personalizadas, focadas no padrão de consumo individual.

Referência: Méndez, E.B. (1999). *Uma versão brasileira do AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. Disponível no link <http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/uploads/teses/Brod%20Mendez%201999%20Dissert.pdf>

Anexo F

VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DO ASSIST

Anexo I – ASSIST 2.0

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST - Teste para Triagem do Envolvimento com Fumo, Alcool e outras Drogas

1 - Na sua vida, qual(is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, Lorax, Dienpax, Rohypnol)	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

2 - Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, Lorax, Dienpax, Rohypnol)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

3 - Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, Lorax, Dienpax, Rohypnol)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

4 - Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, Lorax, Dienpax, Rohypnol)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

HENRIQUE IFS ET AL.

Anexo I – ASSIST 2.0

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST - Teste para Triagem do Envolvimento com Fumo, Álcool e outras Drogas

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, hashie...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, ruem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-bió, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, Dierpax, Rohypnol...)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, hashie...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, ruem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-bió, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, Lorax, Dierpax, Rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, hashie...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, ruem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-bió, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, Lorax, Dierpax, Rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
	0	1	2

Escore das questões 2.2 – 2.8

	Uso ocasional	Sugestivo de abuso	Sugestivo de Dependência
Tabaco	0-3	4-15	16-20
Álcool	0-3	4-15	16-20
Maconha	0-3	4-15	16-20
Cocaína	0-3	4-15	16-20
Anfetaminas	0-3	4-15	16-20
Inalantes	0-3	4-15	16-20
Sedativos	0-3	4-15	16-20
Alucinógenos	0-3	4-15	16-20
Opiáceos	0-3	4-15	16-20

* Nota dos autores: após a realização deste estudo foram realizadas alterações no instrumento: a questão 7 foi reformulada, acrescentando-se "... controlar ou parar o uso de (nome da substância) [sem sucesso](#)". A pontuação de algumas questões foi alterada na versão 2.0 do ASSIST. Sugere-se procurar os autores da versão brasileira para uso do instrumento atualizado.

Anexo G

CARTÃO DE FISSURA E AUTOCONFIANÇA - MATERIAL DO PARTICIPANTE

Nome: _____ **Idade:** _____ **Data:** _____

Marque com um X o quanto você está sentindo vontade de beber nas escalas a seguir:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma										Muita
Vontade										
Vontade										

Marque o quanto você está se sentindo confiante de que NÃO beberia agora nas escalas a seguir:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma										Muita
Confiança										
Confiança										
(Se tivesse bebida aqui eu beberia)										(Se tivesse
bebida aqui										eu NÃO
beberia)										

Cada vez que mudar a fissura, marque os novos valores nas escalas a seguir:

Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Fissura: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	Confiança: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Você bebeu? Quando?

O que você bebeu? Qual a quantidade?

Anexo H

Análise funcional (ABC) do beber

Em qualquer processo de mudança precisamos ter consciência do estado atual do padrão comportamental que queiramos alterar. A nossa pergunta é: qual exatamente o seu padrão individual de consumo (ingestão) de bebidas alcoólicas? O objetivo é você monitorar o seu padrão de consumo de bebidas alcoólicas. O padrão de consumo se refere a quantidade de bebidas ingeridas, o que bebeu, e em qual período do dia.

Beber é um hábito adquirido ao longo da sua trajetória de vida. O álcool é uma substância psicoativa que pode causar dependência fisiológica. Além da dependência fisiológica, o beber torna-se uma ação relacionada com outros aspectos de nossas vidas e muitas vezes “acompanha” outras situações.

Com as anotações do Automonitoramento do Beber anterior você consegue perceber situações e sentimentos que se relacionam com o seu hábito de beber? Nós podemos agrupar os sentimentos e situações em 4 categorias: Preditores, Contexto, Consequências Apetitivas e Consequências Punitivas.

Os preditores são situações/sentimentos que eliciam o beber, servindo assim como gatilho para o ato.

O contexto são os arranjos ambientais nos quais o beber tende a ocorrer.

As consequências apetitivas são sentimentos e acontecimentos prazerosos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas.

As consequências punitivas são sentimentos e acontecimentos desagradáveis seguidas do beber.

O objetivo desta tabela é identificar os preditores, contextos e consequências relacionadas ao seu consumo de bebidas alcoólicas.

Vamos fazer um exercício hoje na sessão para ajudá-lo (a) a identificar os preditores, contextos e consequências do seu consumo de bebidas alcoólicas. Após o exercício esta tabela será enviada por e-mail a você e ao longo da semana você deverá preencher os preditores, contextos e consequências cada vez que você consumir bebidas alcoólicas.

ANÁLISE FUNCIONAL DO BEBER

Nome:

Data:

Pontue de 0 a 4 qual(is) itens da lista se relacionam com o seu hábito de beber.

Zero = nunca

1 = às vezes

2 = frequentemente

3 = quase sempre

4 = sempre

Preditores	Pontuação
Alguém lhe oferecer uma bebida	
Ansioso	
Antes da aula/trabalho	
Antes de uma refeição	
Após uma refeição	
Assistindo TV	
Brigas no relacionamento	

Depressivo	
Desmotivado	
Dirigindo	
Discussões no trabalho	
Estudando	
Falando ao telefone	
Imediatamente após acordar	
Nervoso	
Preguiçoso	
Relaxando	
Trabalhando	
Triste	
Na fila do supermercado ao ver uma garrafa de bebida	
Ao ir no supermercado	
Ao ir na padaria	
Antes de ir para casa do sogro	
Ao ver uma garrafa de bebida	
Se sentindo chateado, angustiado, com coração apertado	
Ao estar fazendo comida	

Contexto	Pontuação
Em casa	
Em um bar/casa noturna	
Entre atividades do trabalho/estudo	
Entre aulas	
Na casa de amigos	
No carro	
No final de semana	
No trabalho ou faculdade	
No trajeto a algum lugar	
Socializando com outros que <u>estão bebendo</u>	
Socializando com outros que <u>não estão bebendo</u>	
Sozinho (a)	

Consequências Apetitivas	Pontuação
Assistir algo que gosta	
Colocar o copo na boca	
Distração das dificuldades/preocupações	
Gosto da bebida	
Se sentir energizado	
Se sentir eufórico	

Se sentir mais confiante em situações sociais	
Se sentir relaxado	
Sentir no gelado / quente na boca	

Consequências punitivas	Pontuação
Críticas de alguém	
Dor de cabeça	
Gosto ruim na boca	
Não finalizar algo importante	
Náusea	
Mal-estar físico. Qual?	
Percepção de estar cheirando a bebida	
Preguiça	
Tontura	

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Este termo tem por finalidade esclarecer alguns aspectos sobre a pesquisa da qual você está sendo convidado a participar. O título da pesquisa é: Análise funcional e ensino de habilidades sociais em casos de abuso de álcool.

Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Raquel Araujo Arena, que é a pesquisadora responsável, na instituição Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento. O objetivo da pesquisa é investigar o efeito de um programa analítico comportamental, realizado individualmente, e analisar o efeito da análise funcional, treino de habilidades sociais e manejo comportamental em pessoas que foram diagnosticadas por um psiquiatra no quadro de Transtorno de Abuso de Substância (TUS) sobre o consumo do álcool e fortalecer ou desenvolver comportamentos diferentes de beber, que sejam melhores para a qualidade de vida dessas pessoas e comportamentos que sejam relevantes socialmente.

Serão sessões semanais, realizadas virtualmente, conduzidas por uma psicóloga (a pesquisadora responsável). Estas sessões serão gravadas e analisadas apenas pela pesquisadora responsável, não sendo, em hipótese alguma, divulgadas a pessoas não envolvidas diretamente com a pesquisa. O anonimato da participação no estudo e das informações relatadas em sessão são garantidas (de acordo com o código de ética da profissão de profissional de Psicologia e do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa). Você poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento se assim o desejar sem qualquer prejuízo a você, visto que sua participação é totalmente voluntária.

Como benefício, o programa comportamental (tratamento) poderá ajudar você a diminuir a frequência e o nível de fissura do consumo de autoadministração de álcool através

da instalação ou fortalecimento do repertório de respostas funcionalmente concorrentes ao beber (aprender a fazer outras coisas que proporcionem a você consequências melhores para sua vida); e o próprio desenvolvimento destes repertórios de respostas concorrentes ao beber poderão ser aprendidos.

Já com relação aos riscos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No caso desta pesquisa os riscos podem ser de origem física e orgânica (por exemplo, a própria abstinência e fissura causadas pela falta da ingestão de bebidas alcoólicas), de origem psicológica e emocional (por exemplo, sentir constrangimento, desconforto, medo, vergonha, *estresse* ou até mesmo ficar receoso sobre a quebra de sigilo); ou ainda, de origem culturais (por exemplo, se sentir desconfortável por sair com amigos(as) que bebem e não beber).

Em relação a responder questionários que fazem parte da pesquisa, o preenchimento será acompanhado e assessorado pela pesquisadora responsável que lhe prestará toda a assistência necessária. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento pessoalmente ou pelo telefone.

Contato da pesquisadora, Raquel Araujo Arena: (11) 966020293; e-mail:

raquelarena@yahoo.com.br

Contato da Instituição Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento; (11) 3672-0194, localizada na Rua Rua Wanderley, 611, Perdizes - São Paulo, SP CEP 05011-001.

A participação na pesquisa não implicará em qualquer despesa para você e ressalta-se que a legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão submetidos à publicação,

independentemente dos resultados finais, mas a identidade dos participantes será mantida em absoluto sigilo.

Data:

Pesquisadora responsável

Psicóloga Raquel Araujo Arena

Participante