

# CARACTERÍSTICAS DE ALCOÓLICOS À ADESÃO PROLONGADA Num Programa Ambulatório

Mário Sérgio RIBEIRO, Luiz Cláudio RIBEIRO, Rafael Augusto FERREIRA,  
Grazielle Fialho DE SOUZA

## RESUMO

**Introdução:** Baixas taxas de adesão ao tratamento são frequentemente encontradas em programas de atendimento de alcoólicos. Inúmeras características de doentes alcoólicos já foram associadas à maior adesão ou a maiores taxas de abandono do tratamento. A adesão já foi apontada como uma medida prática e simples de avaliação de resultados de tratamento. Neste estudo buscou-se identificar características de doentes de um programa ambulatorial público de tratamento de alcoólicos associadas à adesão superior, isto é, a maior tempo de permanência em tratamento.

**Material e Métodos:** Foram incluídos no estudo 634 doentes exclusivamente alcoólicos, destes 329 concluíram a fase de avaliação do programa e 305 não a concluíram ou preenchiaram os critérios de exclusão do próprio programa assistencial. Inicialmente, foram analisadas as diferenças sócio-demográficas entre os doentes que concluíram e os que não concluíram a avaliação. Verificou-se a associação de todas as 814 variáveis do banco de dados com a adesão ao programa terapêutico por meio de análise bivariada. Posteriormente, foi realizada a regressão logística das variáveis ao menos marginalmente significantes: primeiramente dentro de cada dimensão avaliada, selecionando-se as que seriam incluídas na análise multidimensional. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado de Pearson para verificar as possíveis associações.

**Resultados:** Apenas duas variáveis significativamente diferenciaram os doentes que concluíram e os que não concluíram a avaliação: local de nascimento e idade média. Na análise bivariada, 65 variáveis se mostraram associadas à adesão; entretanto apenas cinco permaneceram significantes ( $p < 0,05$ ) após a regressão logística. No modelo final, as variáveis que se associaram significativamente à adesão superior foram: *não se alimentava enquanto bebia, avaliado como tendo alto nível de insight, apresentar o critério seis para Dependência do DSM-IV (abandono ou redução de importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em função do uso da substância); quando aumentou consumo, bebia para aliviar mal estar crônico e ter apresentado dor abdominal nos 30 dias anteriores à avaliação.*

**Conclusão:** Os resultados deste estudo indicam que, diferentemente de conclusões preliminares, o padrão terapêutico empregado no programa avaliado – em especial seu foco na abordagem das comorbidades psiquiátricas – não permaneceu dentre os mais relevantes factores associados à vinculação mais prolongada dos doentes ao tratamento. Assim sendo, os resultados reforçam a necessidade de novos estudos voltados à abordagem dos subgrupos que mais rapidamente se desligaram do tratamento rotineiramente oferecido, a fim de que as abordagens diagnósticas e terapêuticas possam ser modificadas no sentido de se tornarem mais eficazes e efetivas para seus usuários.

M.S.R., L.C.R., R.A.F., G.F.S.:  
Serviço de Psiquiatria, Laboratório de Pesquisas em Personalidade, Álcool e Drogas.  
Universidade Federal de Juiz de Fora. Brasil

© 2010 CELOM

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF ALCOHOLICS ASSOCIATED TO LONGER ADHERENCE

#### To an Out-treatment Program

**Introduction:** Low adherence rates are frequently found in alcoholics' treatment programs. Many characteristics of alcoholics have already been associated to longer adherence or to higher drop-out rates. Adherence is an outcome already pointed as a simple and practical measure to evaluate treatment results. This study aimed to identify characteristics of alcoholics of a public outpatient treatment program associated to superior adherence, i.e., to longer permanence periods in treatment.

**Method:** This study included 634 alcoholics; from these, 329 concluded the program's assessment stage and 305 did not conclude or fulfill the program's exclusion criteria. Initially, we analyzed socio-demographic differences between patients who completed or did not complete assessment. Crosstabs were performed to verify the association of all other 814 variables in the data bank to adherence to treatment. Logistic regression of variables found at least marginally significant was the performed: first within each dimension involved, contributing to the selection of variables for the multidimensional model. Pearson's Qui-square test was used to verify possible associations.

**Results:** Only two variables significantly differed patients who completed and did not complete assessment: place of birth and mean age. In bivariate analysis, 65 variables were associated to adherence; however, only five remained significant ( $p < 0.05$ ) after logistic regression. In the final model, variables significantly associated to adherence were: *did not eat while drinking; evaluated as having high insight level; (presented DSM-IV criterion 6 for Dependence (important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of substance use); when increased consumption, drank to relieve chronic malaise; abdominal pain in the last 30 days before evaluation.*

**Conclusion:** The results of this study indicate that, differently from preliminary conclusions, the therapeutic standard used in the program evaluated – namely its focus on the approach of psychiatric comorbidity – did not remain as one of the most relevant factors associated to longer adherence to treatment. Therefore, the results support the need of new studies directed to the assessment of these subgroups that more quickly dropped-out of the treatment routinely offered, in order that diagnose and treatment approaches may be altered in order to become more efficient and effective to its clients.

## INTRODUÇÃO

Baixas taxas de adesão ao tratamento são frequentemente encontradas em programas de atendimento de alcoólicos<sup>1,2</sup>. Terra et al<sup>3</sup> também encontraram, em todos os pontos de seguimento de seu estudo, baixas taxas de adesão e altas taxas de recaídas. Interrupções e faltas às consultas favorecem o insucesso terapêutico e deve-se procurar contorná-las por meio de atitudes que favoreçam a motivação do doente para o tratamento<sup>4</sup>. A adesão, tomada como tempo de permanência em tratamento, já foi apontada como alternativa simples e objetiva para a avaliação de resultados de tratamento<sup>5</sup>; e, coerentemente, tratamen-

tos mais extensivos têm sido associados a melhores resultados<sup>6</sup>.

Em diferentes estudos, inúmeras características dos doentes já foram associadas à maior adesão<sup>1,2,7-9</sup> e a maiores taxas de abandono de tratamento de alcoólicos<sup>5</sup>. Na avaliação de resultados de tratamento de alcoolismo, a regressão logística – uma estratégia que visa identificar o efeito que variáveis independentes têm sobre a probabilidade de ocorrência de um desfecho dicotômico (variável dependente)<sup>10</sup> – vem sendo utilizada com frequência<sup>6,7,11-14</sup>.

Tomando o tempo de permanência em tratamento como variável de desfecho, este estudo utilizou a regressão logística para testar a influência de variáveis que abrangem

diferentes dimensões utilizadas na avaliação do alcoolismo.

## MATERIALE MÉTODOS

### Desenho do Estudo

Partiu-se de um estudo observacional – sem intervenção do grupo de pesquisadores na alocação dos sujeitos ou procedimentos terapêuticos realizados –, no qual foram acompanhados, prospectivamente, um grupo de doentes referenciados a um Programa de Atenção a Dependentes Químicos (PADQ), oferecido pelo Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora – MG, Brasil. A rotina de avaliação e de assistência do PADQ já foi apresentada e discutida anteriormente<sup>15,16</sup>.

### Sujeitos e critérios de inclusão e exclusão

O estudo incluiu doentes adultos com transtornos mentais e do comportamento associados ao uso apenas de alcoólicos e que tiveram seu primeiro atendimento no PADQ entre Outubro de 1997 e Dezembro de 2005. Dependência à nicotina não foi considerada, nem como critério de inclusão nem exclusão. De um total de 634 sujeitos exclusivamente alcoólicos e que tiveram seu primeiro atendimento no programa nesse período, foram retirados das análises aqui realizadas 18 doentes que se enquadravam nos critérios de exclusão do próprio programa assistencial – em especial Síndrome Amnésica, Demência e outros comprometimentos cognitivos persistentes, decorrentes do uso de alcoólicos, que poderiam prejudicar a confiabilidade dos dados – e 287 usuários que não completaram a avaliação inicial do programa. Foram, portanto, excluídos 305 sujeitos e o grupo estudado ficou composto por 329 doentes.

### Adequação das variáveis

As avaliações estruturadas e semi-estruturas foram registradas em um banco de dados criado com o programa Epi-Info 6.04 e, posteriormente, transferidas para o programa SPSS (versão 14, registo 9656438), por meio do qual foram realizadas as análises estatísticas.

As variáveis utilizadas decorreram diretamente das variáveis constantes do banco de dados do PADQ ou foram geradas por adaptações das mesmas, com o objetivo de transformar variáveis numéricas ou com várias categorias em dicotômicas, em especial envolvendo médias de variáveis quantitativas e agrupamento de categorias por semelhança. O tempo de permanência dos doentes em tratamento foi recodificado em *adesão até seis meses* e *adesão superior a seis meses* (ou, simplesmente, *adesão superior*).

Para a apresentação dos resultados, as variáveis foram agrupadas por suas características dimensionais em: aspectos sócio-demográficos; crenças; sintomas físicos; sentimentos; comportamentos; padrão de consumo; sintomas psicopatológicos; diagnóstico; e tratamento anterior ou atual.

### Tratamento Estatístico

Análises bivariadas foram realizadas para: a) testar as diferenças entre os grupos de doentes que concluíram ou não a fase de avaliações; e b) avaliar a associação entre a adesão dos doentes ao programa terapêutico (variável de desfecho) e demais variáveis que compunham o banco de dados. As possíveis associações foram verificadas por meio do teste do Qui-quadrado de Pearson. Para aumentar a confiabilidade dos resultados, não foram considerados os cruzamentos que resultaram em menos de dez sujeitos em qualquer casela.

Para a regressão logística, foram mantidas as variáveis que se mostraram, ao menos, marginalmente significantes ( $p < 0,1$ ) na análise bivariada. A primeira variável a ser inserida no modelo inicial, em cada dimensão estudada, foi escolhida tomando-se por base evidências encontradas na literatura com respeito à adesão; as demais foram adicionadas por ordem crescente de  $p$ -valor. Observou-se o efeito que a inclusão de cada variável produzia no conjunto e aquelas cujos  $p$ -valores eram superiores a 0,15 eram retiradas antes de se incluir a próxima variável e rodar o novo modelo, até que se chegou à construção do modelo unidimensional. O modelo escolhido, via de regra, foi aquele que incluía o maior número de variáveis com significância estatística ( $p < 0,05$ ) e/ou elevada razão de chance (RC); foram mantidas variáveis marginalmente significantes ( $p < 0,10$ ) quando sua presença aumentava a RC das demais e tornava o modelo mais consistente. Em virtude de a RC refletir melhor a força da associação dos achados significantes, no modelo multidimensional adotou-se a ordem decrescente do valor da razão de chance que cada variável apresentou no modelo unidimensional como critério de inserção nas análises, independente da dimensão. Em todos os modelos, as RC identificadas são apresentadas com seus respectivos intervalos de confiança (IC).

## RESULTADOS

Os aspectos demográficos e sócio-econômicos dos sujeitos incluídos e excluídos da análise estão apresentados no Quadro 1. Ainda que para o conjunto de doentes que não completou a fase de avaliações do PADQ tenha-

Quadro 1 – Variáveis dos sujeitos que concluíram e que não concluíram a avaliação

Características	Sujeitos*		p-valor
	Concluíram a avaliação	Não concluíram a avaliação	
Sexo masculino	88,1	90,1	0,443
Cor branca	68,3	62,0	0,177
Idade acima da média do grupo	57,4	44,1	0,004
Não nascidos em Juiz de Fora	55,3	43,3	0,015
Baixa escolaridade**	80,9	87,7	0,060
Sem relação conjugal estável	50,2	51,5	0,780
Se casado, é o primeiro	71,4	67,0	0,462
Tem filhos	75,5	75,5	0,991
Tem até 2 filhos	61,0	63,7	0,613
Tem até 4 moradores na residência	67,7	65,1	0,575
Religião católica	78,9	73,4	0,190
Frequenta o culto	60,9	54,8	0,230
Não trabalham na profissão	58,9	56,4	0,612
Desempregados ou recebendo benefício	68,8	70,5	0,659
Dependem economicamente de outrem	50,0	51,0	0,834
Não é arrimo de família	73,6	71,8	0,695
Renda pessoal maior que 1 Salário (SM)***	49,7	51,1	0,785
Renda familiar de um a três SM	59,9	61,3	0,809

\* São apresentadas as categorias com maior percentual de sujeitos

\*\* Analfabeto até Ensino Fundamental completo

\*\*\* Um SM corresponde, em valores atuais, a cerca de US\$ 240,00

se observado (dados não apresentados) mais elevado percentual de *missing* (não-resposta) nas diversas variáveis, a avaliação dos dois grupos de doentes praticamente não revelou diferenças entre eles. Apenas duas características foram significativamente associadas a maior conclusão da avaliação: o facto de não haver nascido em Juiz de Fora ( $p = 0,015$ ) e ter idade acima da média do grupo ( $p = 0,004$ ).

As análises bivariadas resultaram em 66 variáveis que se mostraram, no mínimo de forma marginalmente significativa, associadas à adesão superior. Apresentamos apenas aquelas que se mantiveram nos modelos unidimensionais (Quadro 2). No Quadro 3 estão identificadas as variáveis que permaneceram no modelo multidimensional.

Devemos, aqui, observar que, quanto à dimensão sócio-demográfica, ainda que as variáveis mantidas no mo-

delo apresentado (*tempo de união acima da média do grupo e ter filho*) não tenham sido plenamente significantes, optou-se por sua manutenção conjunta, nesta fase da análise, dado o incremento do valor da RC quando utilizadas simultaneamente. Quanto à dimensão *tratamento*, apesar de ter sido encontrado um modelo com apenas duas variáveis – uma delas (*já havia, alguma vez, procurado tratamento clínico para alcoolismo*) fortemente significativa e a outra marginalmente significativa (*no último ano fez tratamento para alcoolismo*) –, optou-se pelo modelo com quatro variáveis, que incluiu também *ter feito uso de antidepressivo no mês anterior a avaliação e já havia, alguma vez, procurado ajuda dos Alcoólicos Anónimos* pelo facto de, em seu conjunto, terem tido maior repercussão nas RC observadas.

Quadro 2 – Factores associados à adesão por dimensão

Modelos unidimensionais	p-valor	RC	IC (95%)
<b>Sócio-demográfica</b>			
Ter filhos	0,078*	2,447	0,905-6,616
Tempo de união acima da média do grupo (15 anos)	0,106*	1,632	0,901-2,957
<b>Crenças</b>			
Achar que tem problemas psicológicos	0,016	1,861	0,947-2,461
<b>Sintomas físicos</b>			
Não sentir inapetência se não bebe no horário habitual	0,012	2,200	1,193-4,055
Ter tremores se não bebe no horário habitual	0,037	1,890	1,038-3,443
Ter referido esquecimento nos 30 dias que precederam a avaliação	0,024	1,883	1,087-3,263
Ter referido dor abdominal nos 30 dias que precederam a avaliação	0,043	1,863	1,021-3,399
Pressão arterial sistólica < 140 mmHg	0,025	1,846	1,080-3,156
<b>Sentimentos</b>			
Afirmar sentir-se irritado quando alcoolizado	0,004	2,253	1,296-3,919
Negar se sentir conformado quando alcoolizado	0,018	2,197	1,148-4,205
Não afirmar qualquer sentimento positivo quando sóbrio	0,034	2,082	1,058-4,099
Negar se sentir insatisfeito quando sóbrio	0,049	1,848	1,004-3,401
<b>Psicopatológica</b>			
Alto nível de <i>insight</i>	0,000	3,951	1,871-8,343
<b>Comportamento</b>			
Quando aumentou o consumo, bebia para aliviar mal-estar crônico	0,047	2,184	1,010-4,723
Beber frequentemente sozinho	0,015	1,918	1,134-3,245
<b>Padrão de Consumo</b>			
Não se alimentar enquanto bebe	0,053	1,810	0,993-3,300
Consumir mais que 154 doses semanais	0,059	1,660	0,981-2,809
<b>Diagnóstica</b>			
Apresentar o critério 6 para Dependência do DSM-IV	0,005	2,314	1,282-4,176
Possuir comorbidade psiquiátrica	0,004	2,102	1,261-3,506
<b>Tratamento</b>			
Ter procurado tratamento clínico para alcoolismo	0,018	3,176	1,221-8,262
Fazer uso de medicação para depressão no último mês	0,088*	2,470	0,874-6,982
Ter feito tratamento para alcoolismo no último ano	0,037	2,355	1,052-5,273
Procurar ajuda dos Alcoólicos Anónimos	0,083*	2,083	0,908-4,783

\* Resultados marginalmente significantes

Quadro 3 – *Factores preditores de adesão superior*

Modelo multidimensional	p-valor	RC	IC (95%)
Quando aumentou consumo, bebia para aliviar mal-estar crónico	0,032	12,836	1,253-131,473
Apresentar o critério 6 para Dependência do DSM-IV*	0,000	10,498	3,072-35,870
Avaliado como tendo alto nível de insight	0,003	5,612	1,790-17,593
Ter referido dor abdominal nos 30 dias que precederam a avaliação	0,030	3,786	1,135-12,633
Não costumava se alimentar enquanto bebia	0,044	3,450	1,033-11,520

\* abandono ou redução de importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em função do uso da substância

## DISCUSSÃO

Na análise descritiva da amostra, praticamente não se identificou diferença na comparação entre os alcoólicos que concluíram a avaliação do PADQ e aqueles que não a concluíram e que foram, portanto, excluídos das demais análises. Ainda que tal exclusão pudesse, em princípio, levar ao questionamento da representatividade do grupo avaliado, observa-se que as duas características que diferenciaram os grupos não se mostraram estatisticamente significantes quando da verificação de possíveis associações com a adesão ao tratamento.

De acordo com Franco et al<sup>10</sup>, a ordem de introdução das variáveis na regressão logística pode levar a diferentes resultados no modelo encontrado; tal escolha pode seguir critérios estatísticos ou mesmo *a priori* clínico, como relevância demonstrada em investigações prévias ou experiência prática dos investigadores. Ainda que várias características que se mostraram significativamente associadas à adesão nos modelos unidimensionais não tenham se mantido quando da análise multidimensional, optamos por apresentá-las e discutir algumas que já foram registradas por outros pesquisadores e podem ser levadas em consideração quando não se tem acesso às variáveis remanescentes no modelo multidimensional.

Os resultados relativos à dimensão *sócio-demográfica* sugerem melhor nível de adesão por parte de sujeitos com indicadores de maior estabilidade social – quais sejam, ter filhos e relação conjugal mais duradoura – são coerentes com a conclusão de Leigh et al<sup>18</sup> de que menor estabilidade social se associaria a maiores taxas de abandono de tratamento.

Na dimensão *sintomas físicos*, o facto dos doentes admitirem sentir tremores quando não bebiam no horário habitual – mal-estar físico tipicamente vinculado ao alcoolismo –, identificarem prejuízo da memória ou terem sentido dor abdominal nos 30 dias que precederam a avaliação se associaram à *adesão superior*. Tais resultados po-

dem ser entendidos no contexto dos achados de Tucker et al<sup>19</sup>, que concluíram que problemas de saúde seriam a razão mais frequentemente citada para a decisão de se manter abstinente. Contudo, sentir-se especificamente *inapetente* se não bebia no horário habitual se associou negativamente à adesão, uma interação que pode ser tomada como decorrente de possível crença, por parte dos sujeitos estudados, de que o *apetite* vinculado ao beber seria positivo à saúde. Neste estudo, as alterações nos níveis da pressão arterial – um achado de exame físico que é, em geral, assintomático – poderiam indicar manutenção do consumo de alcoólicos na fase de avaliações<sup>20</sup>.

Para a dimensão *sentimentos*, doentes que assinalaram a categoria *irritado* e que **não assinalaram** sentir-se *conformado* quando alcoolizados, bem como aqueles que **não responderam afirmativamente** a quaisquer das oito categorias de sentimentos positivos (alegre, satisfeito, autoconfiante, relaxado, etc.) e que **não responderam** sentir-se insatisfeitos quando sóbrios mostraram-se, significativamente, com melhores níveis de *adesão superior*. Tais resultados podem ser considerados por sua possível interação com características de personalidade ou com fenómenos psicopatológicos agravados ou aliviados pelo uso dos alcoólicos (vide abaixo)<sup>21-23</sup>.

Quanto à dimensão *comportamento*, o relato de beber sozinho se associou positivamente à adesão, o que, em princípio, remete ao facto de que maior convívio social, em especial com o grupo de amigos com os quais se costuma beber, favorece lapsos e recaídas e, conseqüentemente, o abandono do tratamento. Efetivamente, um terço dos doentes que apresentaram lapsos no estudo de Blow et al<sup>24</sup> afirmaram que ver outras pessoas bebendo seria um desencadeador do beber. Por sua vez, tanto o beber para aliviar mal-estar crónico, na fase da vida em que aumentou o consumo, quanto o consumo solitário – associados à adesão superior – podem também vincular-se a fenómenos psicopatológicos – especialmente de tipo depressivo – associados ao consumo, os quais teriam sido adequa-

damente cuidados durante o processo terapêutico no PADQ.

De facto, os achados relativos às variáveis de diagnóstico reforçam a afirmação de que a abordagem das comorbidades apresentadas pelos doentes tenha sido realizada de tal forma a favorecer sua adesão: ao aliviar fenómenos psicopatológicos comórbidos, o tratamento oferecido teria amenizado sintomas cuja presença poderia conduzir a recaída e ao abandono. Neste sentido, Long et al<sup>12</sup> já indicaram que a redução de sintomas psíquicos, como ansiedade e depressão, se associaria à melhores resultados do tratamento.

Três variáveis relativas à busca de tratamento de alcoolismo, bem como o uso recente de medicação para depressão resultaram em melhor perfil de adesão ao programa terapêutico. Com efeito, tratamento prévio já foi identificado como preditor de bons resultados em novo tratamento<sup>9,14</sup>; e o uso de antidepressivos pode ter contribuído para melhor abordagem da psicopatologia comórbida dos sujeitos aqui estudados, como acima considerado quanto ao consumo solitário e aos sentimentos significativamente associados à adesão superior.

O modelo final evidenciou o acerto da opção de se incluir na análise variáveis que não atingiram significância estatística plena, mas apresentaram elevada razão de chance, nos modelos unidimensionais: de facto, a variável *alimentar-se enquanto bebia*, se mostrou significativamente associada à adesão superior no modelo multidimensional. Seus resultados, fundamentalmente, sugerem que apenas características extrínsecas ao programa terapêutico avaliado – isto é, aquelas diretamente vinculadas aos sujeitos – teriam contribuído para os melhores níveis de adesão dos doentes. Em suma, variáveis relativas à sintomatologia física (dor abdominal nos 30 dias que precederam a avaliação e não se alimentar enquanto bebia) e à gravidade da dependência (consumo para aliviar mal-estar crônico, possivelmente vinculado à própria Síndrome de Dependência e abandono ou redução de importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em função do uso da substância), bem como autocrítica quanto ao problema com o beber foram as que se finalmente se mostraram vinculadas ao desfecho estudado.

### Limitações e Aspectos Positivos

Uma vez que a admissão dos sujeitos aqui estudados obedeceu tão somente a considerações clínico-administrativas – que, a rigor, limitavam o encaminhamento a doentes com Síndrome de Dependência a Alcoólicos e excluía a possibilidade de referência ao PADQ de doentes com o diagnóstico, teoricamente menos grave, de Uso Nocivo –

deve-se atentar para a reduzida possibilidade de generalização dos resultados do presente estudo, uma das limitações deste estudo, bem como de todos os estudos observacionais. Todavia, estudos que se desdobram a partir de circunstâncias de *vida real* têm sido cada vez mais valorizados, exatamente por possibilitarem importantes discussões acerca de aspectos relativos à efetividade das práticas assistenciais<sup>5,25</sup>. E sua simplicidade de desenho permite que possa ser facilmente reproduzido em diferentes contextos assistenciais.

A exclusão dos doentes que não completaram a fase de avaliação justifica-se, inicialmente, pela necessidade de um mínimo de informações acerca dos sujeitos para propiciar as análises realizadas. Ressalta-se ainda que diferentes autores indicam que, a depender dos objetivos do estudo, uma frequência mínima em tratamento seria relevante para a decisão de se incluir tais sujeitos na análise<sup>9,11,17</sup>.

Outrossim, o elevado número de doentes incluídos neste estudo raramente pode ser encontrado em estudos brasileiros.

### CONCLUSÕES

Uma das formas de se contribuir para a melhoria da qualidade da assistência a alcoólicos é o desenvolvimento de estratégias de avaliação que consigam eficientemente identificar subgrupos de doentes que costumam responder mal às terapêuticas de rotina. Efetivamente, os resultados deste estudo indicam que, diferentemente de conclusões preliminares<sup>15</sup>, o padrão terapêutico empregado no programa avaliado – em especial seu foco na abordagem das comorbidades psiquiátricas – não permaneceu dentre os mais relevantes factores associados à vinculação mais prolongada dos doentes ao tratamento. Assim sendo, os resultados reforçam a necessidade de novos estudos voltados à abordagem dos subgrupos que mais rapidamente se desligaram do tratamento rotineiramente oferecido, a fim de que as abordagens diagnósticas e terapêuticas hoje adotadas possam ser modificadas no sentido de se tornarem mais eficazes e efectivas para seus usuários.

#### Conflito de interesses:

O artigo não está limitado por conflitos de interesses. O protocolo do trabalho em questão obteve aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do HU-UFJF (Protocolo 099-23/2000-Grupo III) e CEP da UFJF (Protocolo CEP-UFJF 1071.117.2007). O requerimento do consentimento livre e esclarecido foi dispensado pelos CEP.

#### Fontes de financiamento:

Auxílio: os acadêmicos que participaram da pesquisa receberam bolsas de Extensão do DSM-SUS-JF e da UFJF e bolsas de Iniciação Científica da UFJF.

## BIBLIOGRAFIA

1. CONNORS GJ, WALITZER KS, DERMEN KH: Preparing clients for alcoholism treatment: Effects on Treatment Participation and Outcomes. Preparing Clients for Alcoholism Treatment: Effects on Treatment Participation and Outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2002;5:1161-9
2. PELLICER MCL, MUÑOZ CP, CATALÁ CA, DIEZ PS: Variables predictoras de adherencia al tratamiento en doentes alcohólicos. *Actas Esp Psiquiatria* 2002;6:370-5
3. TERRA MB, BARRROS HM, STEIN AT et al: Does co-occurring social phobia interfere with alcoholism treatment adherence and relapse? *Journal of Substance Abuse Treatment* 2006;4:403-9
4. SIQUEIRA MM, GARCIA MLT, SOUZA RS: O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool. *J Bras Psiquiatria* 2005;2:114-9
5. CORRAO G, BAGNARDI V, ZAMBON A, ARICÒ S, DALL'AGLIO C, ADDOLORATO G: Outcome Variables in the Evaluation of Alcoholics' Treatment: Lessons from the Italian Assessment of Alcoholism Treatment (ASSALT) Project. *Alcohol Alcoholism* 1999;6:873-881
6. MOOS RH, MOOS BS: Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction* 2003;3:325-37.
7. OSLIN DW, PETTINATI H, VOLPICELLI JR: Alcoholism Treatment Adherence: Older Age Predicts Better Adherence and Drinking Outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;6:740
8. MARTIN BK, CLAPP L, ALFERS J, BERESFORD TP: Adherence to court-ordered disulfiram at fifteen months: A naturalistic study. *J Subst Abuse Treat* 2004;3:233-6
9. ATKINSON RM, MISRA S, RYAN SC, TURNER JA: Referral paths, patient profiles and treatment adherence of older alcoholic men. *J Subst Abuse Treat* 2003;1:29-35
10. FRANCO JG, GAVIRIA AM, TORRES Y, COTES JM: Regresión logística en la literatura psiquiátrica: evaluación de los artículos publicados entre 2002 y 2005 en una prominente revista. *Rev Bras Epidemiol* 2007;3:370-9
11. CALLAGHAN RC, CUNNINGHAM JA: Gender differences in detoxification: predictors of completion and re-admission. *J Substance Abuse Treat* 2002;4:399-407
12. LONG CG, WILLIAMS M, MIDGLEY ME, HOLLIN CR: Within-program factors as predictors of drinking outcome following cognitive-behavioral treatment. *Addictive Behaviors* 2000;4:573-8
13. WEISNER C, MATZGER H: A prospective study of the factors influencing entry to alcohol and drug treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 2002; 2:126-38
14. TIMKO C, MOOS RH, FINNEY J, CONNELL EG: Gender differences in help-utilization and the 8-year course of alcohol abuse. *Addiction* 2002;7:877-889
15. RIBEIRO MS, ALVES MJM, GUIRRO UBP, BALDI BG: Alcoolismo: a influência do reconhecimento da comorbidade na adesão de doentes ao programa terapêutico. *J bras Psiquiatria* 2004;2:124-132
16. RIBEIRO MS, RIBEIRO LC, GARCIA MA, SOUZA GF, OLIVEIRA LN: Avaliação dos Tipos 1 e 2 de alcoolismo de Cloninger em homens participantes de um programa de tratamento ambulatorial. *Revista Psiquiatria Clínica* 2008;2:39-48
17. MELNICK G, WEXLER HK, CLELAND CM: Client consensus on beliefs about abstinence: Effects on substance abuse treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2008;93:30-7
18. LEIGH G, OGBORNE AC, CLELAND P: Factors Associates with Patient Dropout from an Outpatient Alcoholism Treatment Service. *J Studies Alcohol* 1984;4:359-362
19. TUCKER JA, VUCHINICH RE, RIPPENS PD: Environmental Contexts Surrounding Resolution of Drinking Problems among Problem Drinkers with Different Help-Seeking Experiences. *J Studies on Alcohol* 2002;3:334-341
20. STEWART SH, LATHAM PK, MILLER PM, RANDALL P, ANTON RF: Blood pressure reduction during treatment for alcohol dependence: Results from the Combining Medications and Behavioral Interventions for Alcoholism (COMBINE) study. *Addiction* 2008;103:1622-8
21. DRIESSEN M, VELTRUP C, WETTERLING T, JOHN U, DILLING H: Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcoholism Clin Experimental Res* 1998;1:77-86
22. MORGENSTERN J, LANGENBUCHER J, LABOUVIE E, MILLER KJ: The Comorbidity of Alcoholism and Personality Disorders in a Clinical Population: Prevalence Rates and Relation to Alcohol Typology Variables. *J Abnormal Psychol* 1997;1:74-84
23. ROUNSAVILLE BJ, DOLINSKY ZS, BABOR TF, MEYER RE: Psychopathology as a Predictor of Treatment Outcome in Alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:505-513
24. BLOW FC, WALTON MA, CHERMACK ST, MUDD SA, BROWER KJ: Older adult treatment outcome following elder-specific inpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000;19:67-75
25. HARO JM, SUAREZ D, NOVICK D, USALL J, NABER D: Three-year antipsychotic effectiveness in the outpatient care of schizophrenia: Observational versus randomized studies results. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006;4:235-244