

Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso

From one beer with friends to alcohol dependence: a synthesis about our knowledge of this path

Sérgio de Paula Ramos^a e Arnaldo Broll Woitowitz^a

^aUnidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre
Este artigo é produto da tese de doutorado intitulada "A PSICANÁLISE E OS TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS", defendida, pelo primeiro autor, na UNIFESP em 2003.

Resumo

Artigo de revisão sobre os estudos prospectivos a respeito da história natural do alcoolismo, com ênfase na contribuição de Vaillant, que discorre sobre o impacto de seus achados na evolução dos conceitos de uso nocivo e dependência, bem como suas principais implicações terapêuticas. É salientado o fato de as taxas de abstinência não terem aumentado no tratamento de dependentes graves nos últimos 25 anos.

Descritores: Bebidas alcoólicas. Estudos prospectivos. Formação de conceitos. Eficácia de tratamento.

Abstract

Review paper about prospective studies concerning the natural history of alcoholism. Emphasizing Vaillant and the impact of his contribution to the evolution of the concepts of harmful use and dependence, as well as its most important therapeutic implications. The fact that the abstinence rates, in the treatment of a severe dependence, almost remaining the same in the last twenty-five years is highlighted.

Keywords: Alcoholism. Prospective studies. Concept formation. Treatment efficiency.

Introdução

Se for considerada a abstinência de álcool como único parâmetro de avaliação da eficácia dos tratamentos para alcoolistas, a conclusão é que estes não melhoraram nos últimos 25 anos. De fato, as taxas de abstinência, em seguimentos bem controlados de um ano, insistem em permanecer abaixo de 20%.^{1,2} Esta modesta taxa de sucesso por si justifica o continuado esforço para melhor compreender a síndrome de dependência do álcool e sua história natural, bem como a etiologia desses transtornos.

No mundo ocidental, é fato que cerca de 90% da população adulta consome algum tipo de bebida alcoólica. Também é fato que, entre os bebedores, 10% irá apresentar um uso nocivo de álcool e outros 10% se tornará dependente, o que vale dizer que, em cada cinco bebedores, um terá um agravamento de saúde por ingerir bebida alcoólica.³ Os estudos etiológicos tentam discriminar o que este bebedor tem de diferente dos demais, pois enquanto aqueles têm apenas prazer com o consumo de bebidas alcoólicas, as quais, inclusive, podem lhes prover um certo efeito protetor de inúmeras afecções clínicas, este se torna, com o tempo, portador de uma das enfermidades mais desgastantes do ponto de vista da saúde, tanto sua quanto de sua família.

No entanto, enquanto os estudos etiológicos não nos alimentam de ferramentas terapêuticas que ampliem nossa eficácia, o exame do percurso feito por algumas pessoas, do beber moderado à dependência de álcool, pode cumprir esse papel. Por isso, o objetivo da presente revisão será fazer uma síntese do conhecimento atual sobre a história

natural que, por vezes, leva o bebedor moderado à dependência de álcool, bem como suas principais implicações terapêuticas. Jellinek, Cahalan, Edwards, Miller, Babor e, principalmente, Vaillant, autor de três dos mais consistentes trabalhos sobre o tema, serão os autores enfatizados.

Alcoolismo: evolução do conceito

Apesar de Magno Huss ter sido o primeiro a definir, no século XIX, alcoolismo como doença, e de os Alcoólicos Anônimos terem norteado, desde 1935, toda sua obra por esse mesmo conceito, foi apenas com Jellinek⁴ que o conceito de alcoolismo-doença se popularizou na ciência contemporânea. Para ele, uma pessoa teria ou não alcoolismo como em qualquer situação de tudo ou nada. Branco ou preto, ou tem ou não tem. E, para seus portadores, a única saída para tratar sua "doença progressiva e fatal"⁴ seria a abstinência alcoólica definitiva. Portanto, dentro desta visão, todos os pacientes que não logram a abstinência sustentada são casos de fracasso terapêutico. Deve-se destacar que os que chegaram a desenvolver este modelo conceitual ou com ele se identificaram, eram, sobretudo, terapeutas que, como tais, trabalharam com populações clínicas.

Outras contribuições relevantes, no entanto, foram dadas por sociólogos e epidemiologistas com o estudo das comunidades. Surgiram, então, os conceitos de bebedor pesado, bebedor abusivo e bebedor problema.⁵ Esses autores destacaram um subgrupo de usuários de álcool que não tinham a doença alcoolismo, mas nem por isso deviam

preocupar menos, pois eram os responsáveis por acidentes de trânsito e de trabalho, agressões físicas domésticas e públicas, além de apresentarem uma série de afecções clínicas que os colocam na posição de consumidores de serviços de saúde.

Até aqui, portanto, quatro categorias diagnósticas começaram a serem delineadas: a dos abstêmios, a dos bebedores sem problemas (dito sociais), a dos bebedores com problemas e a dos alcoolistas. Esta visão ganhou sustentação no trabalho de Vaillant,⁶ pois esse autor foi capaz de evidenciar, em seus estudos – prospectivos iniciados com adolescentes, que acompanhou, até agora, por 60 anos –, que nem todo problema com o beber é progressivo e que o alcoolismo nem sempre é uma doença fatal. Mais, que alguns bebedores com problema conseguem retornar a um padrão de ingestão sem problemas, o mesmo podendo acontecer com alcoolistas graves, embora essa tenha sido, em seus achados, muito mais uma exceção do que a regra.

De todo modo, o estudo prospectivo de Vaillant,⁶ entre outros méritos, conseguiu chamar a atenção para a complexidade do tema.

Em 1976, Edwards & Gross⁷ definiram a síndrome de dependência do álcool ampliando-se a percepção de alcoolismo, de quadro unitário e merecedor de uma única conduta terapêutica, para uma síndrome, multifacetada, polideterminada e que comporta um espectro abrangente de propostas terapêuticas. Esta visão mantém-se atual até nossos dias e foi a fonte tanto da CID-10, quanto da DSM-IV. Nestas classificações estão contempladas as quatro categorias supra, aludidas apenas que os bebedores com problemas passaram a serem denominados de nocivos e os alcoolistas, de portadores da síndrome de dependência.

Evolução

No ocidente, o início do consumo sistemático de bebidas alcoólicas por parte de uma determinada pessoa está subordinado a padrões culturais. Assim, enquanto nas culturas vinícolas as crianças são apresentadas ao vinho em casa, pelos seus pais e avós, nas culturas anglo-saxônicas esse início se inscreve na adolescência, no contexto dos rituais de iniciação à vida adulta. Vaillant⁶ demonstrou que grupos étnicos que toleram a embriaguez adulta, mas que censuram nas crianças e adolescentes o aprendizado de práticas seguras de uso de álcool, estariam mais sujeitos ao desenvolvimento de futuros alcoolistas. Nas últimas duas décadas, diferentes autores brasileiros têm chamado atenção para a precocidade crescente no consumo de bebidas alcoólicas por parte dos adolescentes.^{8-11,43} Embora seja cedo para se concluir sobre possível aumento nas taxas de alcoolismo, basta ver o aumento nas taxas de acidentes de trânsito relacionados ao álcool, sobretudo envolvendo menores de 30 anos de idade, para concluirmos sobre o tributo que se tem pagado por essa liberação dos costumes. No entanto, não convém perder de vista que a maioria dos jovens que passam a consumir bebidas alcoólicas não apresenta qualquer tipo de problema. A probabilidade do aparecimento desses ficaria aumentada, conforme demonstrou Vaillant⁶, pela existência de familiares alcoolistas. Quanto mais familiares alcoolistas, maiores são as chances de o abuso alcoólico se instalar.

Por outro lado, Vaillant foi capaz de evidenciar que os bebedores com problemas tinham, antes de apresentarem esses problemas, maior prevalência de transtorno de personalidade anti-social, mas não tinham de transtorno de personalidade dependente.

Uma vez desenvolvido um padrão nocivo de consumo de bebidas alcoólicas, este pode seguir percursos diferentes. Vaillant⁶ demonstrou que esses bebedores podem se manter, por décadas, sem desenvolver dependência, como também podem retornar para um padrão de ingestão sem problemas. A consequência terapêutica desse achado, que se examinará adiante, é que, para esta categoria diagnóstica, a preconização da abstinência vitalícia, como alternativa única, pode ser

contraproducente.

A evolução do beber nocivo para a síndrome de dependência é um processo que pode demorar de poucos meses até 30 anos. Indivíduos com personalidade anti-social, que usam o álcool para desafiar princípios sociais, tendem a ter um desenvolvimento mais rápido da dependência.

Uma vez instalado o alcoolismo, o retorno do consumo a um padrão de ingestão sem problemas, ainda que tenha sido descrito por diferentes autores,^{6,12,13} parece ser uma absoluta exceção que se rarefaz à medida que o espectro da gravidade da dependência for aumentando.⁶

Princípios terapêuticos

A pergunta que se coloca é: o que a ciência propôs e propõe para esses pacientes?

Já nos anos 80, Hingson et al.¹⁴, estudando uma amostra de pessoas que se reconheciam com problemas com seus hábitos alcoólicos, foram capazes de demonstrar que, um ano depois, apenas cerca da metade deles havia procurado algum tipo de atendimento. Entre esses, aproximadamente a 50% o referiu ao médico e, entre os que o fizeram, cerca da metade foi investigada com atenção voltada para esse tópico. Quase 50% desses pacientes investigados recebeu uma conduta específica, coisa que a metade resolveu seguir. Finalmente, entre os que receberam tratamento específico para o problema alcoólico, um terço teve chance de entrar em abstinência. Ou seja, apenas 1% dos pacientes que se reconheceram com problemas com seus hábitos alcoólicos procuraram ajuda, foram bem avaliados, diagnosticados, motivados para tratamento e alcançaram abstinência. Se considerarmos que o mais freqüente entre os pacientes com ingestão problemática de álcool é o não reconhecimento de sua dependência, haveremos de concluir que o 1% está superestimado. Esse achado foi confirmado por Ramos et al.¹⁵, que não encontraram nenhum tratamento específico para alcoolismo prescrito na amostra de pacientes hospitalizados em hospital-escola estudada.

Tal realidade aponta para a necessidade de novas pesquisas e otimização dos esforços terapêuticos, pois a baixa resposta terapêutica, da qual se escreverá adiante, certamente é uma das fontes de desmotivação, tanto para médicos aprimorarem sua capacidade diagnóstica quanto para pacientes procurarem tratamento.

Em nosso meio, desde os anos 70, pesquisadores de diferentes quadrantes chamam a atenção para a dificuldade que médicos têm em diagnosticar alcoolismo. Assim sendo, Masur & Zwicker¹⁶, Pechansky et al.¹⁷, Kerr-Corrêa & Silva¹⁸, Kerr-Corrêa et al.¹⁹, Rosa et al.²⁰ e, mais recentemente, Ramos et al.¹⁵ demonstraram a baixa capacidade de médicos em diagnosticar essa doença. Nesses estudos – conduzidos em diferentes hospitais-escola do país, com pacientes internados –, o diagnóstico de alcoolismo foi feito em menos de 20% dos casos, incapacidade que se manteve constante nos quase 25 anos que separam o primeiro do último trabalho mencionado.

Tal ocorrência parece estar relacionada aos conteúdos ensinados pelas faculdades de medicina. Masur & Zwicker¹⁶ demonstraram que as concepções dos estudantes de medicina sobre alcoolismo praticamente não se alteram ao longo dos seis anos da faculdade. Essa falta de treinamento médico para o diagnóstico do alcoolismo, que resulta em baixa atenção específica para o problema, é fato grave, pois Hampke et al.²¹ demonstraram que esses pacientes, quando devidamente abordados, aumentam de três a cinco vezes a demanda por tratamento especializado. Este, de alguma forma, iniciou com o surgimento dos Alcoólicos Anônimos, em 1935, o qual foi saudado como alternativa valiosa, tendo sido seus principais conceitos absorvidos por Jellinek⁴ em seu famoso *The Disease Concept of Alcoholism*, no qual, ao introduzir o conceito de doença alcoólica, rompe com a noção de alcoolismo-sintoma, o que inaugura nova fase.

Em conformidade com a obra dos Alcoólicos Anônimos e com a noção

de alcoolismo-doença, Johnson²² propõe sua técnica terapêutica que pretende dar um "banho de realidade" no paciente, através dos grupos de confrontação trazidos para o Brasil por Ramos et al.²³ e conhecidos até hoje como modelo Minnesota.

O fato de se ter o objetivo específico da abstinência facilitou o desenvolvimento de toda uma metodologia de avaliação da eficácia terapêutica, o que ensejou entusiasmada discussão sobre referenciais teóricos e metas terapêuticas.

Exemplo disso foi a celeuma criada, principalmente com os membros dos Alcoólicos Anônimos e com terapeutas identificados com eles, por Sobell & Sobell,¹³ ao demonstrarem que alcoolistas tratados para o beber controlado evoluíam melhor dos que os tratados para a abstinência. Aliás, de certo modo, essa evidência já havia sido demonstrada por Davies.¹²

Como explicar esse achado?

Edwards & Gross,⁷ ao proporem o conceito de Síndrome de Dependência do Alcool, contribuíram decididamente com o debate ao postular que o alcoolismo não seria tanto uma condição única, merecedora de um tratamento universal, mas sim, uma síndrome, capaz de alojar variadas condições. Consoante com essa postura, Orford & Edwards¹ demonstraram que uma intervenção terapêutica breve, como um simples aconselhamento, poderia ser tão eficaz quanto uma psicoterapia conduzida ao longo de um ano por especialistas em alcoolismo. Esses autores encontraram que, no final de um ano, 1/3 dos pacientes estava com leves problemas ou mesmo sem problemas alcoólicos, mas menos de 20% estavam totalmente abstermidos.

As portas abriram-se, com esses últimos achados, para as seguintes percepções: 1) o alcoolismo não mais poderia ser entendido como uma condição única que os pacientes a apresentavam ou não; 2) devido à multiplicidade de possibilidades, alguns pacientes poderiam se beneficiar de tratamentos que não se centrassem na abstinência do álcool; 3) técnicas terapêuticas sofisticadas, caras e extensivas, não necessariamente produziam melhores resultados; 4) devidamente motivados, alguns pacientes conseguiam recuperar-se do alcoolismo com um simples aconselhamento.

Gradativamente, a visão psicanalítica de um paciente vitimado por seus conflitos inconscientes e necessitado de extensa psicoterapia foi dando lugar a uma outra visão, a do paciente capaz de se ajudar através de sua cognição, caso adequadamente orientado.

Técnicas terapêuticas mais simples e menos invasivas foram propostas. O paciente passou a ser reconhecido como alguém capaz de se abster e a ele foi entregue a tarefa de apenas não recair. Essa é resumidamente a proposta do livro "A Prevenção da Recaída".²⁴ Nessa técnica, o que se pretende é construir um projeto terapêutico com o paciente, fixando-se objetivos compartilhados, visando aumentar a auto-eficácia do mesmo para lidar com as diferentes situações motivadoras do consumo de drogas.

Passou-se, então, a entender como central a questão da motivação para os pacientes aderirem aos tratamentos prescritos e disporem-se a processar mudanças em suas vidas.

Nos anos 80, foram Miller²⁵ e a dupla Prochaska & DiClementi²⁶ os autores que mais se ocuparam desses assuntos. Miller²⁵ propôs técnicas que ajudassem o paciente a motivar-se para mudar. Esse autor ocupou cargo de direção na *Hazelden Foundation*, templo da terapia de confronto proposta por Johnson,²² e passou a perceber como era mais útil uma postura de se somar ao paciente, em vez da outra, anterior, de praticamente se colocar em terreno oposto, tendo por objetivo, quase militar, destruir as defesas egóicas do dependente. Embora tanto nos EUA como entre nós o modelo Minnesota continue popular, nasceu então a "Entrevista Motivacional".

Contemporaneamente aos esforços de Miller, a dupla Prochaska & DiClementi²⁶ passou a estudar o que chamou "estágios de mudança", vendo-os como um processo, no qual existem aspectos específicos de

motivação em cada um dos estágios propostos.

Miller²⁵ resume, na Tabela 1, quais seriam as tarefas do terapeuta em cada um desses estágios.

Tanto as propostas de Miller quanto as de Prochaska & DiClementi beneficiaram-se da contribuição de Beck²⁷, um ex-psicanalista que, no início dos anos 60, estudando pacientes depressivos, lançou os fundamentos de sua "Terapia Cognitiva", mais tarde adaptada por ele mesmo para pacientes com transtornos por uso de substâncias psicoativas.

A filha desse autor resume no seguinte decálogo os princípios da terapia Cognitiva:²⁸ 1) Baseia-se em uma formulação em contínuo desenvolvimento do paciente e de seus problemas cognitivos; 2) Requer uma aliança terapêutica segura; 3) Enfatiza colaboração e participação ativa; 4) É orientada em meta e focalizada em problemas; 5) Inicialmente, enfatiza o presente; 6) É educativa, visa ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza prevenção da recaída; 7) É limitada no tempo; 8) As sessões são estruturadas; 9) Ensina o paciente a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais; 10) Utiliza uma variedade de técnicas para mudar pensamentos, humor e comportamentos.

Com as decididas contribuições de Miller, Prochaska, DiClementi e Beck, na década de 90 sedimentam-se as principais propostas psicoterapêuticas para bebedores nocivos e dependentes do álcool e o esforço passou a ser por indicações cada vez mais específicas, visando à otimização dos resultados.

Com esse propósito, surgem os trabalhos sobre matching, traduzido entre nós por pareamento.²⁹⁻³¹ No entanto, o mais famoso deles, pela sua abrangência e custo, foi o "Project Match".³²

As principais questões examinadas pelo conjunto desses trabalhos são: 1) Para quais pacientes indicar abstinência? Para quais beber controlado? 2) Tratamentos mais extensos x intervenções breves; 3) Para qual terapeuta indicar qual paciente?

Infelizmente as respostas para essas perguntas seguem em aberto, pois de consistente mesmo, até o momento, existem apenas três fatos: 1) qualquer tratamento é melhor que nenhum tratamento;³² 2) pacientes menos graves se beneficiam de intervenções breves,³³ não necessariamente voltadas para a abstinência;³⁴ e 3) características próprias dos terapeutas como, por exemplo, empatia, influenciam mais os resultados obtidos num dado tratamento do que a escola à qual o terapeuta se vincula.³⁵

Eficácia terapêutica

A pergunta a ser enfrentada aqui é em que medida os pacientes se recuperam.

As pesquisas sobre eficácia terapêutica, principalmente dos trata-

Tabela 1 – Os estágios de mudança e as tarefas do terapeuta.²⁵

Estágios do cliente Tarefas motivacionais do terapeuta

Pré-ponderação	Levantar dúvidas, aumentar a percepção do paciente sobre os riscos e problemas do comportamento atual.
Ponderação	"Inclinar a balança", evocar as razões para mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a auto-suficiência do paciente para a mudança do comportamento atual.
Determinação	Ajudar o paciente a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança.
Ação	Ajudar o paciente a dar passos rumo à mudança.
Manutenção	Ajudar o paciente a identificar e a utilizar estratégias de prevenção da recaída.
Recaída	Ajudar o paciente a renovar os processos de ponderação, determinação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída.

mentos para alcoolistas, datam dos anos 70. Um dos mais conhecidos daquele período inicial é o já referido trabalho de Orford & Edwards,¹ que encontraram 20% de abstêmios num seguimento de um ano. Curiosamente, 18 anos depois, Paille et al.,² para um mesmo período, encontraram 19,3% e, recentemente, Moos & Moos³⁶ encontraram 29,5% de abstinência em pacientes tratados ambulatorialmente por até 8 semanas. Ou seja, em 26 anos não se conseguiu superar a lei do terço, de autoria desconhecida, segundo a qual, no tratamento de alcoolistas, 1/3 se recupera, 1/3 não apresenta alteração significativa e 1/3 segue piorando.

Entre nós, no entanto, os trabalhos pioneiros de avaliação da eficácia terapêutica foram conduzidos sob a liderança do Dr. Arthur Guerra de Andrade.³⁷⁻⁴⁰ Considerando a gravidade das amostras estudadas, pode-se concluir que esses trabalhos demonstraram resultados semelhantes aos da literatura internacional. Ou seja, uma taxa de abstinência, em 6 meses de seguimento, que variou de 12³⁹ a 25%.⁴⁰

Interessante notar que Bernik et al.⁴⁰ relatou 50% de abandonos em pacientes tratados ambulatorialmente e, 13 anos depois, Marques⁴¹ encontrou 47%.

Consenso e desafios

Baseando-se em todas as evidências aqui revisadas, o consenso brasileiro para o tratamento dos "Usuários de Substâncias Psicoativas"⁴² recomenda, para bebedores nocivos e dependentes do álcool, como técnica psicoterápica, entrevistas motivacionais, intervenção breve, prevenção da recaída e terapia cognitivo-comportamental. Convém destacar, no entanto, pelo exposto no tópico anterior, que 50 a 60% dos pacientes não se beneficiam desses procedimentos, demarcando-se, deste modo, uma extensa aérea aberta à pesquisa.

Conclusão

Nas últimas décadas, graças aos estudos prospectivos, particularmente de Vaillant, foi possível um avanço conceitual sobre os diferentes tipos de problemas na relação do bebedor com as bebidas alcoólicas. Devido a esse avanço, novas propostas de intervenções terapêuticas mais breves e baratas foram feitas e diferentes critérios de pareamento foram sugeridos. No entanto, até o presente, os resultados terapêuticos obtidos não foram capazes de elevar significativamente as taxas de abstinência em dependentes graves de álcool. Esta constatação deve motivar novos estudos e terapias seqüenciais, que iniciem com ênfase na motivação para a abstinência e prossigam levando em conta as individualidades, conscientes e inconscientes, dos pacientes.

Referências

1. Orford J, Edwards G. *Alcoholism*. Oxford: Oxford University Press; 1977. v. 26.
2. Paille FM, Guelfi JD, Perkins AC, Royer RJ, Steru L, Parot P. Double-blind randomized multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol. *Alcohol Alcohol* 1995;30(2):239-47.
3. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:316-25.
4. Jellinek EM. *The disease concept of alcoholism*. New York: Hillhouse Press; 1960.
5. Cahalan D. *Problem drinkers*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1976.
6. Vaillant GE. *The natural history of alcoholism*. Cambridge: Harvard University Press; 1983.
7. Edwards G, Gross M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med J* 1976;1:1058-61.
8. Carlini EA, Cotrim-Carlini B, Silva Filho AR, Barbosa MTS. *Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987. Estudos e projetos* [apostilado]. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Justiça; 1989.
9. Carlini EA, Cotrim-Carlini B, Silva Filho AR, Barbosa MTS. *II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de 1º e 2º graus* [apostilado]. São Paulo: CEBRID; 1989.

lado]. São Paulo: CEBRID; 1989.

10. Galduróz JC, D'Almeida V, Carvalho V, Carlini EA. *III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - 1993* [apostilado]. São Paulo: CEBRID; 1994.
11. Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - 1997* [apostilado]. São Paulo: CEBRID; 1997.
12. Davies DL. Normal drinking in recovery alcohol addict. *Q J Alcohol Stud* 1962;23:94-104.
13. Sobell MB, Sobell LC. Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: results. *Behav Res Ther* 1976;14(3):195-215.
14. Hingson R, Mangione T, Meyers A, Scoth N. Seeking help for alcohol problems: a study in the Boston metropolitan area. *J Stud Alcohol* 1982;43:273-88.
15. Ramos FLP, Ogando PB, Presoto C, Ramos SP. Não-identificação de alcoolismo em hospital-escola: um problema médico persistente. *Rev AMRIGRS* 2002;46(1,2):34-7.
16. Masur J, Zwicker AP. Concepções do estudante de medicina sobre a etiologia do alcoolismo: influências regionais. *Cienc Cult* 1978;31(4):382-8.
17. Pechansky F, Soibelman M, Bastos AF, Meirelles MCG, Sant'Anna RN. Um estudo de alcoolismo em hospital-escola. *Rev Psiquiatr* 1984;6(1):32-42.
18. Kerr-Corrêa F, Silva BCM. Avaliação do ensino de psiquiatria pela análise dos pedidos de interconsultas. *J Bras Psiquiatr* 1985;34(4):247-52.
19. Kerr-Corrêa F, Rossini R, Malheiros FA, Valença JEB, Sousa LCB, Paulim LFRS, et al. Importância do estudo de prevalência de ingestão alcoólica excessiva para diagnóstico de alcoolismo em enfermarias gerais e especializadas. *Rev Ass Bras Psiq* 1985;7(27):159-62.
20. Rosa AA, Gonçalves SC, Stefani SD, Martins SO, Rosa DD, Hunsche A, et al. Percepção e registro de abuso de álcool e de doenças relacionadas num hospital-geral universitário. *Rev Assoc Med Bras* 1998;44(4):335-9.
21. Hampke U, Rumpf HJ, John U. Differences between hospital patients with alcohol problems referred for counseling by physicians routine clinical practice versus screening questionnaires. *Addiction* 1998;93(12):1777-85.
22. Johnson VE. *I'll quit tomorrow*. New York: Harper&Row; 1973.
23. Ramos SP, Campana AAM, Woitowitz AB. Comunicação breve sobre um programa de tratamento para dependentes químicos hospitalizados. *Arq Clin Pínel* 1978;4(1-3):92-8.
24. Marlatt GA, Gordon JR, editors. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press; 1985.
25. Miller WR, Rollnick S. *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed; 1991.
26. Prochaska JO, DiClemente CC. *Toward a comprehensive model of change*. In: Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum Press; 1986. p.3-27.
27. Beck AT, Wright FW, Newman CF, Liese B. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press; 1993.
28. Beck JS. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
29. McLellan AT, Grissom GR, Zanis D, Randall M, Brill P, O'Brien CP. Problem-service "matching" in addiction treatment. A prospective study in 4 programs. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(8):730-5.
30. Babor TF, Korner P, Wilber C, Good SP. Screening and early intervention strategies for harmful drinkers: initial lessons from the Amethyst Project. *Aust Drug Alc Rev* 1987;6:325-39.
31. Miller WR. Matching individuals with interventions. In: Hester RK, Miller WR, editors. *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*. Elmsford: Pergamon Press; 1989. p.261-71.
32. Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22:1300-11.
33. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 2000;95(5):677-86.
34. Sanchez-Craig M, Wilkinson DA. Brief treatments for alcohol and drug problems: practical and methodological issues. In: Leberg T, Miller WR, Nathan PE, Marlatt GA, editors. *Addictive behavior: prevention and early intervention*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger; 1989. p.233-52.
35. Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:602-11.
36. Moss RH, Moss BS. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction* 2003;98(3):325-37.

37. Andrade AG, Hirata ES, Bernik MA. Proposição de metodologia para avaliação da eficácia terapêutica em alcoólatras. *J Bras Psiquiatr* 1985;34(1):47-54.
38. Andrade AG, Brunfentrinker P. Avaliação de tratamento de alcoólatras. *Rev ABPAPAL* 1987;3(9):94-8.
39. Simão MO, Andrade AG, Rezende CB. Avaliação do programa de atendimento a alcoólatras no Hospital Prof. Cantídio de Moura Campos: janeiro de 1986 a janeiro de 1988. *Rev ABPAPAL* 1989;11(4):133-40.
40. Bernik MA, Andrade AG, Gondim M, Nicoleta MT, Negro Junior PJ. Seguimento de seis meses de alcoólatras atendidos em dois programas de atendimento ambulatorial. *Rev ABPAPAL* 1989;11(1):10-2.
41. Marques ACPR, Buscatti D, Formigoni MLOS. O abandono no tratamento da dependência de álcool e outras drogas: como diminuir o fenômeno? *JBDQ* 2002;3(1):17-23.
42. Laranjeira R. *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento* [apostilado]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo/Associação Médica Brasileira; 2002.
43. Saibro P, Ramos SP. *Intervenção breve em escolas funciona para prevenir consumo de drogas? Comunicação pessoal apresentada no XV Congresso Brasileiro sobre Alcoolismo e outras Dependências, São Paulo, 2003.*

Correspondência

Dr. Sérgio de Paula Ramos
R. Mariante, 239/304
90.430-181 Porto Alegre, RS, Brasil
Fone/fax: (51) 3222-6536
E-mail: serramos@terra.com.br