



Identificação de fatores associados à adesão a um programa ambulatorial de tratamento de alcoolistas por meio de regressão logística

Mário Sérgio Ribeiro*
Rachel Bueno Nogueira**
Grazielle Fialho de Souza**
Marcondes Antunes Garcia**
Rafael Augusto Ferreira***
Luiz Cláudio Ribeiro****

RESUMO

Adesão é uma medida prática de avaliação de resultado de tratamento. Buscou-se identificar características dos pacientes, associadas à adesão a um programa ambulatorial de tratamento de alcoolistas. O estudo foi de coorte naturalístico, no qual foram incluídos todos os 300 pacientes alcoolistas, que concluíram a fase de avaliação do programa. Inicialmente, foi testada a associação de variáveis relativas a aspectos sociodemográficos, econômicos, crenças, sentimentos, comportamentos, sintomas e tratamentos, incluídas no protocolo de avaliação dos pacientes com a variável adesão, utilizando o Teste do Qui-quadrado de Pearson ($p < 0,1$). Posteriormente, foi realizada regressão logística das variáveis, primeiro, dentro de cada dimensão de características, selecionando-se as que seriam incluídas numa análise multidimensional. No modelo final, as variáveis que se associaram significativamente à adesão superior foram: tempo de união acima da média do grupo; receber mais que um salário mínimo; ter apresentado dor abdominal nos 30 dias antes da avaliação; apresentar tremores se não bebia no horário habitual; apresentar pressão arterial sistólica ≤ 130 mmHg; costumar beber sozinho à avaliação. Espera-se que a identificação de características associadas à adesão ao tratamento contribua para o desenvolvimento de estratégias de abordagem de pacientes que respondem mal à prática habitual. O foco na modificação ou reforço destas características poderá contribuir para resultados mais favoráveis no tratamento de alcoolistas.

Palavras-chave: Alcoolismo. Avaliação. Diagnóstico.

1 INTRODUÇÃO

O resultado de tratamento de alcoolismo pode ser avaliado por diversos indicadores, como modificações no padrão de consumo, alterações no funcionamento físico ou psicossocial e impacto em variáveis cognitivo-comportamentais, de atitude e de personalidade. Instrumentos específicos tem sido desenvolvidos para cada um deles (FINNEY, 2000). Em virtude do emprego rotineiro desses instrumentos se mostrar pouco prático, pesquisadores tem procurado alternativas. Ao evidenciar grande correlação entre incapacidade de manter abstinên-

cia e abandono de tratamento, pesquisadores italianos apontaram o uso do tempo de adesão como alternativa simples e objetiva para a avaliação de resultados de tratamento (CORRAO et al., 1999).

Baixas taxas de adesão ao tratamento são frequentemente encontradas em programas de atendimento de alcoolistas (CONNORS; WALITZER; DERMEN, 2002). Estudo multicêntrico espanhol registrou adesão de 89,0% no primeiro mês e de apenas 49,4% aos 18 meses (PELLICER et al., 2002). Terra e outros (2006) também encontraram,

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Médica, Laboratório de Pesquisas em Personalidade, Álcool e Drogas – Juiz de Fora, MG. E-mail: mariosribeiro@acessa.com

** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Bolsa de Extensão do Departamento de Saúde Mental do SUS-JF e Bolsa de Iniciação Científica da UFJF – Juiz de Fora, MG.

*** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Bolsa de Iniciação Científica da UFJF – Juiz de Fora, MG.

**** Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Estatística, Laboratório de Estudos Estatísticos em Saúde – Juiz de Fora, MG.



em todos os pontos de seguimento de seu estudo, baixas taxas de adesão e altas taxas de recaídas. O fato dos pacientes se adequarem às normas do programa terapêutico tem sido identificado como um preditor de efetividade do tratamento (MARQUES, 1997). Interrupções e faltas às consultas favorecem o insucesso terapêutico e devem ser contornadas por meio de atitudes que favoreçam a motivação do paciente para o tratamento (SIQUEIRA; GARCIA; SOUZA, 2005).

Diversos estudos buscaram identificar fatores associados à adesão ou abandono dos programas terapêuticos, ainda que não tenham chegado a conclusões definitivas. Algumas características associadas à maior adesão ao tratamento de alcoolistas incluem: idade avançada (OSLIN et al., 2002); comparecer acompanhado às consultas e maior tempo de abstinência prévia (PELLICER et al., 2002); tratamento por ordenação judicial (MARTIN et al., 2004); tratamento prévio para alcoolismo (ATKINSON et al., 2003); e entrevista motivacional preparatória para o tratamento (CONNORS et al., 2002). Não foram encontradas diferenças quanto à adesão em indivíduos com ou sem transtornos específicos do Eixo I, como no caso da Fobia Social (TERRA et al., 2006). Já foram evidenciadas como relacionadas a maiores taxas de abandono: incapacidade de manter abstinência (CORRAO et al., 1999); uso de opiáceos como droga de escolha (CALLAGHAN; CUNNINGHAM, 2002); e menor estabilidade social (LEIGH; OGBORNE; CLELAND, 1984).

Na avaliação de resultados de tratamento de alcoolismo, a regressão logística vem sendo utilizada com frequência (CALLAGHAN; CUNNINGHAM, 2002; LONG et al., 2000; MOOS; MOOS, 2005; OSLIN; PETTINATI; VOLPICELLI, 2002; TIMKO et al., 2002; WEISNER; MATZGER, 2002). Essa estratégia analítica visa identificar o efeito que variáveis independentes tem sobre a probabilidade de ocorrência de um desfecho dicotômico (variável dependente), conforme explicitado por Franco e outros (2007).

Tomando a adesão ao tratamento como variável dependente, este estudo utilizou a regressão logística para aprofundar análises anteriormente realizadas (RIBEIRO et al., 2008b) e testar a influência sobre a adesão de variáveis que abrangem diferentes dimensões utilizadas na avaliação de alcoolistas: sócio-demográficas, sintomatológicas, crenças, sentimentos, comportamentos e padrão de consumo, diagnóstico e tratamento – anterior e atual – dos pacientes. Não foram encontrados na

literatura brasileira, outros estudos com desenho semelhante, que abordassem a questão da adesão de alcoolistas a programas terapêuticos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Desenho do Estudo

Partiu-se de um estudo de coorte naturalístico, observacional (sem intervenção do grupo de pesquisadores na alocação dos sujeitos ou procedimentos terapêuticos realizados), no qual se acompanhou, prospectivamente, um grupo de pacientes referenciados a um Programa de Atenção a Dependentes Químicos (PADQ), oferecido pelo Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora – MG. O estudo foi aprovado pelos comitês de ética do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF, Protocolo nº. 099-23/2000-Grupo III) e da Universidade Federal de Juiz de Fora (Protocolo CEP-UFJF nº. 1071.117.2007).

O PADQ era um serviço de referência para tratamento ambulatorial de dependentes de álcool e/ou outras substâncias psicoativas de Juiz de Fora. As avaliações e intervenções eram realizadas por equipe multidisciplinar – enfermeiros, médicos (clínico-geral e psiquiatras, do próprio serviço ou residentes de psiquiatria, dois a cada ano), psicólogos e assistentes sociais – e os diagnósticos relativos ao alcoolismo e comorbidades psiquiátricas por meio de entrevistas clínicas, seguindo critérios da CID-10. Inicialmente, os pacientes eram submetidos a uma rotina de avaliação multiprofissional, composta de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas, exame clínico e psiquiátrico, prevista para ser realizada em aproximadamente quatro semanas. A rotina assistencial do PADQ, estabelecido nos Protocolos de Conduta do SMSM-JF (RIBEIRO, 2000), já foi apresentada e discutida anteriormente (RIBEIRO et al., 2004; 2008a; 2008b).

2.2 Sujeitos e critérios de inclusão e exclusão

O estudo incluiu pacientes 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 2004. Dependência à nicotina não foi considerada, nem como critério de inclusão nem exclusão. De um total de 605 sujeitos exclusivamente alcoolistas e que tiveram seu primeiro atendimento no programa nesse período, foram retirados das análises 7 pacientes, que se enquadravam nos crité-

rios de exclusão do próprio programa assistencial. Dentre as quase, em especial, Síndrome Amnésica, Demência e outros comprometimentos cognitivos, persistentes decorrentes do uso de alcoólicos, que poderiam prejudicar a confiabilidade dos dados. Outros 298 usuários também foram excluídos, visto que não completaram a avaliação inicial do programa. Foram, portanto, previamente excluídos 305 sujeitos e o grupo estudado ficou composto por 300 pacientes.

2.3 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, registro n.º. 9656438), por meio do qual foram realizadas as análises estatísticas. Os dados foram devidamente avaliados quanto à qualidade da digitação, tendo-se corrigido tanto eventuais erros de digitação quanto a dupla entrada de dados.

As variáveis utilizadas decorreram diretamente das mais de 1000 variáveis que constavam do banco de dados do PADQ ou foram geradas por combinações das mesmas, a partir da média de variáveis quantitativas ou recodificações, agrupando cada categoria por semelhança ou de modo a separar os sujeitos da forma mais homogênea e/ou lógica possível. O objetivo era transformar variáveis numéricas e poli-categóricas em binárias. Como exemplos, podem ser citadas as variáveis “estado civil” (com relação estável ou sem relação estável), “escolaridade” (até primeiro grau completo ou acima do primeiro grau completo). O tempo de permanência dos pacientes 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, retiradas da rotina de avaliação semiestruturada do PADQ e que abrangiam diversas dimensões cujo estudo é considerado como relevante para o tratamento de alcoolistas, foram agrupadas por suas características predominantes como: sócio-demográficas; crenças; sintomatológicas; sentimentos; comportamentos e padrão de consumo; diagnóstico; e tratamento anterior ou atual.

2.4 Tratamento estatístico

Primeiramente, foi realizada uma análise descritiva dos dados. Posteriormente, para a análise bivariada, a adesão dos pacientes ao programa terapêutico (até seis meses ou superior a seis meses) foi definida como variável de desfecho e procedeu-se a

seu cruzamento com todas as demais variáveis que compunham o banco de dados. A associação de cada uma delas à variável “adesão ao tratamento” foi verificada por meio do teste do Qui-quadrado de Pearson – utilizado também nas análises descritivas, para testar as diferenças entre os grupos de pacientes que concluíram ou não a fase de avaliações. Para aumentar a confiabilidade dos resultados, não foram considerados os cruzamentos que resultaram em menos de dez sujeitos em qualquer casela. Foram mantidos os resultados, ao menos, marginalmente significantes ($p < 0,1$).

Para a regressão logística, as 49 variáveis resultantes da análise bivariada foram inseridas uma a uma, para cada dimensão considerada. O processo foi iniciado com a variável de menor p-valor e, em seguida, foram acrescentadas as demais variáveis. Observava-se o efeito que a inclusão de cada variável produzia no conjunto e, nesses modelos iniciais, as variáveis cujos p-valores eram superiores a 0,15 eram retiradas antes de se a incluir a próxima variável e rodar o novo modelo, até se chegar à construção do modelo final unidimensional. O modelo escolhido foi aquele que incluía maior número de variáveis com significância estatística ($p < 0,05$) e/ou elevada razão de chance. Finalmente, as variáveis dos modelos escolhidos para cada dimensão foram submetidas ao mesmo processo de inclusão progressiva no modelo multidimensional, isto é, que englobou as dimensões anteriormente trabalhadas de forma unidimensional, de forma a procurar incluir no modelo final o máximo de variáveis consideradas como relevantes à abordagem terapêutica de alcoolistas (BABOR; CAETANO, 2006; WINDLE; SCHEIDT, 2004).

3 RESULTADOS

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva dos dados, avaliando-se aspectos demográficos e sócio-econômicos dos sujeitos incluídos e excluídos do estudo (Quadro 1). Além do fato de que, como esperado, para o conjunto de pacientes que completou a fase de avaliações do PADQ tenha sido observado menor percentual de *missing* (não-resposta) nas diversas variáveis, as características dos pacientes que, significativamente, associaram-se à maior conclusão da avaliação foram: não ter nascido em Juiz de Fora ($p = 0,041$); ter escolaridade acima da média do grupo ($p = 0,052$); professar religião católica ($p = 0,004$); frequentar culto religioso ($p = 0,032$); e renda familiar abaixo da média do grupo ($p = 0,000$).

Variáveis	Sujeitos		p-valor *
	Concluíram a avaliação (n= 300)% #	Não concluíram a avaliação (n = 298)% #	
Demográficas			
Sexo Masculino	88,9	90,0	0,695
Cor branca	67,1	63,1	0,392
Idade Média (+/- DP) ##	42,35 (8,66)	39,78 (9,01)	0,659
Não naturais de Juiz de Fora	55,0	44,9	0,041 **
Sociais			
Baixa escolaridade###	79,9	87,2	0,052 **
Casados	50,9	46,4	0,360
Se casado, é o primeiro relacionamento conjugal	71,5	71,8	0,965
Tem filhos	74,7	73,5	0,769
Tem até 2 filhos	58,8	62,2	0,544
Tem até 4 moradores na residência	66,3	63,8	0,592
Professam Religião Católica	84,8	73,5	0,004 **
Freqüentam o culto	61,4	50,4	0,032 **
Econômicas			
Não trabalham na profissão	58,5	54,5	0,410
Desempregados ou Recebendo Benefício	65,5	71,1	0,229
Ocupacionais			
Dependem economicamente de outrem	50,2	50,3	0,973
Não são arrimo de família	74,9	75,2	0,953
Renda pessoal até 1 SM ####	49,8	71,7	0,709
Renda familiar de um a 3 SM	55,4	46,0	0,000 **

Quadro 1: Comparação por meio de variáveis sócio-demográficas entre sujeitos que concluíram e que não concluíram a fase de avaliação do PADQ
Fonte: Os autores (2009).

* Teste do Qui-quadrado

** Resultados com significância estatística

Considerados apenas os percentuais válidos

Valores absolutos, em anos

Analfabeto até Ensino Fundamental completo

SM = Salário Mínimo.

A análise bivariada apontou correlações significantes ou, ao menos, marginalmente significantes, de 49 variáveis com a categoria de adesão superior a seis meses. A fim de tornar a leitura dos resultados mais

fluente, as variáveis identificadas como associadas à adesão superior estão abaixo apresentadas, com seus respectivos p-valores, e foram agrupadas por suas características predominantes (Quadro 2).

Características	Respostas dos sujeitos com adesão superior		Adesão superior em todo o grupo (%)	Valor de p
	Não (%)	Sim (%)		
Demográficas e sociais				
Tinha filhos? (n=289)	38,4	58,3	53,3	0,003**
Mantinha relação conjugal estável? (n=293)	47,2	59,7	53,6	0,032**
Tinha tempo médio de união acima da média do grupo (15,1 anos)? (n=180)	50,0	68,2	58,9	0,013**
Estava trabalhando no momento da avaliação? (n=290)	50,5	61,0	54,1	0,089
Recebia mais que um salário mínimo? (n=287)	48,3	59,0	53,7	0,067
Considerava-se autônomo? (n=179) #	57,1	44,6	52,0	0,098
Crenças				
Achava que precisava desintoxicar-se? (n=282) #	57,9	47,5	54,3	0,093
Achava que estava com problemas psicológicos? (n=282)	50,5	63,4	54,3	0,048**
Sintomatológicas				
Nos 30 dias que precederam a avaliação, sofreu de esquecimento? (n= 259)	46,2	60,0	53,7	0,027**
Nos 30 dias que precederam a avaliação, sofreu de dor abdominal? (n=261)	48,4	66,7	53,6	0,007**
Nos 30 dias que precederam a avaliação, apresentou edema nos pés? (n=261)	51,4	65,9	53,6	0,088
Nos 30 dias que precederam a avaliação, sofreu de fraqueza? (n=260)	47,4	62,5	53,5	0,017**
Nos 30 dias que precederam a avaliação, apresentou desmaios? (n=259)	50,5	63,9	53,7	0,066
A pressão arterial sistólica era maior que 130 mmHg? (n=261) #	59,5	47,2	54,4	0,050
A pressão arterial diastólica era igual ou maior que 90 mmHg? (n=261) #	58,9	47,6	54,4	0,074
Se não bebia no horário habitual sentia-se inapetente? (n=266) #	59,3	46,8	55,6	0,063
Se não bebia no horário habitual sentia tremores? (n=266)	45,3	59,7	55,6	0,034**
Sentimentos				
Quando estava sóbrio se sentia amedrontado? (n=249) #	56,7	41,7	53,8	0,060
Quando estava sóbrio se sentia auto-suficiente? (n=249) #	57,1	39,1	53,8	0,027**
Quando estava sóbrio se sentia expansivo? (n=249) #	56,2	36,7	53,8	0,045**
Quando estava sóbrio se sentia insatisfeito? (n=249) #	57,5	42,9	53,8	0,044**
Quando estava sóbrio se sentia bem? (n=249) #	65,4	50,8	53,8	0,060
Quando estava sóbrio se sentia mal? (n=249) #	68,0	50,3	53,8	0,024**
Quando estava alcoolizado se sentia irritado? (n=246)	48,5	65,3	53,7	0,015**
Quando estava alcoolizado se sentia auto-suficiente? (n=246) #	57,2	42,4	53,7	0,046**
Quando estava alcoolizado se sentia triste? (n=246)	50,7	66,7	53,7	0,053
Quando estava alcoolizado se sentia expansivo? (n=246) #	60,6	48,2	53,7	0,053
Quando estava alcoolizado se sentia conformado? (n=246) #	58,0	37,7	53,7	0,009**
Comportamento e Padrão de Consumo				
Começou a beber com idade acima da média do grupo (16,4 anos)? (n=268) #	60,9	45,8	54,9	0,015**
Quando começou a beber, bebia sozinho? (n=269)	51,0	65,3	55,0	0,034**
Quando aumentou o consumo, bebia sozinho? (n=266)	49,5	60,1	56,0	0,090
Quando aumentou o consumo, bebia com colegas de trabalho? (n=267)	50,7	61,6	55,8	0,074
Quando aumentou o consumo, bebia para aliviar ou enfrentar situações desagradáveis (n=267)	50,0	61,6	55,4	0,057
Costumava dirigir alcoolizado? (n=115)	37,7	63,0	47,8	0,008**
À avaliação, referiu beber mais que 98 doses semanais da bebida principal? (n=250)	51,4	63,4	56,8	0,058
À avaliação, o consumo total semanal era maior que 154 doses? (n=251)	51,4	63,1	56,6	0,065
À avaliação, referiu que costumava beber freqüentemente sozinho? (n=280)	39,5	60,8	54,6	0,001**
À avaliação, referiu que costumava beber freqüentemente com amigos? (n=280) #	59,9	48,4	54,6	0,056
Diagnóstico				
Apresentou o critério 4 para Dependência do DSM-IV (desejo persistente ou esforços para reduzir ou controlar uso da substância)? (n=246)	46,3	62,0	56,9	0,019**
Apresentou o critério 6 para Dependência do DSM-IV (abandono ou redução de importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em função do uso da substância)? (n=246)	40,3	62,7	57,1	0,002**
Apresentou o critério E para Síndrome de Dependência da CID (abandono de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância, etc...)? (n=247)	46,6	60,3	57,1	0,064
Foi registrado diagnóstico de comorbidade psiquiátrica? (n=249)	48,3	64,1	56,6	0,012**
Tratamento anterior ou atual				
Já havia, alguma vez, procurado tratamento para alcoolismo? (n=284)	47,2	60,5	54,6	0,026**
Já havia, alguma vez, procurado tratamento clínico para alcoolismo? (n=284)	52,3	66,0	54,6	0,086
Já havia, alguma vez, procurado ajuda do AA? (n=284)	49,7	63,1	54,6	0,029**
Já havia feito, alguma vez, tratamento ambulatorial em psiquiatria? (n=282)	49,1	61,7	54,3	0,036**
Fez uso de medicação para depressão no mês que precedeu a avaliação? (n=234)	51,3	68,3	54,3	0,047**
Procurou tratamento no PADQ por vontade própria? (n=285) #	62,4	49,4	54,4	0,033**
Foi tratado de forma exclusivamente farmacológica no PADQ? (n=237)	57,7	71,0	63,7	0,034**

Quadro 2: Características associadas a “adesão superior” (igual ou maior que 6 meses) ao tratamento (n= 300) *

Fonte: Os autores (2009).

* Incluídas todas variáveis que resultaram em p-valor < 0,1

** Resultados plenamente significantes

variáveis para as quais a categoria “não” foi a que se associou a melhores resultados

Após a realização dos procedimentos de regressão logística para cada dimensão estudada, procedeu-se à análise do conjunto das variáveis mantidas nos modelos unidimensionais. Dois modelos finais se destacaram (Quadro 3). No mais parcimonioso, seis variáveis se mostraram fortemente associadas à adesão, com razões de chance que variaram entre 2,993 (para aqueles que afirmaram beber sozinhos à época da avaliação) e 5,127 (para

os referiram apresentar tremores se não bebiam no horário habitual). Outro modelo a ser considerado é o que, além das seis anteriores inclui também a variável “já procurou, alguma vez, tratamento para alcoolismo”: apesar do p-valor indicar apenas significância marginal (0,065), sujeitos que afirmaram já haver, anteriormente, procurado tratamento para alcoolismo tiveram uma probabilidade 120% maior de “adesão superior”.

Variáveis	Modelo Parcimonioso		Modelo Expandido	
	p-valor	Razão de Chance (IC 95%)	p-valor	Razão de Chance (IC 95%)
Ter tempo de união acima da média do grupo	0,002	4,276 (1,672-10,890)	0,002	4,534 (1,732-11,865)
Receber mais que um salário mínimo	0,009	3,280 (1,347-7,988)	0,007	3,494 (1,406- 8,681)
Ter apresentado dor abdominal nos 30 dias que precederam a avaliação	0,006	4,104 (1,507-11,177)	0,010	3,898 (1,392-10,913)
Apresentar tremores se não bebia no horário habitual	0,003	5,127 (1,763-14,905)	0,004	5,001 (1,675-11,929)
Apresentar pressão arterial sistólica \leq 130mmHg	0,004	3,809 (1,537-9,439)	0,004	3,940 (1,551-10,008)
Beber sozinho na época da avaliação	0,021	2,993 (1,176-7,618)	0,031	2,843 (1,099-7,350)
Já ter procurado, alguma vez, tratamento para alcoolismo	---	---	0,065	2,216 (0,951-5,161)

Quadro 3: Conjunto multidimensional
Fonte: Os autores (2009)

4 DISCUSSÃO

Na análise descritiva da amostra, algumas diferenças estatisticamente significantes foram identificadas na comparação entre os alcoolistas que concluíram a avaliação do PADQ e aqueles que não a concluíram e que foram, portanto, excluídos das demais análises. Local de nascimento, nível de escolaridade, religião professada, frequência ao culto religioso e nível de renda familiar foram as variáveis que diferenciaram os dois grupos. Ainda que tal exclusão pudesse, em princípio, levar ao questionamento da representatividade do grupo avaliado, ressalta-se que nenhuma dessas características se mostrou estatisticamente significativa quando se avaliou a adesão ao tratamento. Deve-se também considerar que diferentes autores indicam que, a depender dos objetivos do estudo, um tempo mínimo de permanência em tratamento é relevante para a decisão de se incluir os sujeitos a serem avaliados (ATKINSON et al., 2003; CALLAGHAN; CUNNINGHAM, 2002; MELNICK; WEXLER; CLELAND, 2008).

De acordo com Franco e outros (2007), a ordem de introdução das variáveis na regressão logística

pode levar a diferentes resultados no modelo encontrado. Sua escolha pode seguir critérios estatísticos ou mesmo *a priori* clínico, como relevância demonstrada em investigações prévias ou experiência prática dos investigadores. Neste estudo, conforme detalhado no item MATERIAIS E MÉTODOS, optou-se por iniciar a construção dos modelos de acordo com critérios puramente estatísticos.

A análise multidimensional apontou as variáveis que, de modo independente, mostraram-se associadas à adesão. Contudo, não se pode deixar de ressaltar a importância das análises anteriores, que permitiram identificar, dentro de cada dimensão, outras características também associadas, de forma significativa, à adesão. Ressalta-se que as variáveis, relativas a uma única dimensão, podem ser utilizadas quando não se tem acesso ao conjunto multidimensional.

Para a dimensão sócio-demográfica, os resultados da regressão logística indicaram melhor nível de adesão por parte dos sujeitos que apresentaram indicadores de maior estabilidade social, quais sejam: relação conjugal mais duradoura e maiores níveis de renda pessoal. Em estudo, Leigh, Ogborne e Cleland (1984) identificaram que menor estabilidade social, num

conjunto composto por residência, contato familiar, emprego e situação legal, associou-se a maior abandono de tratamento. A associação de preenchimento do critério “6” do DSM-IV (“importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância”) com melhores níveis de adesão, conforme observado na dimensão “diagnóstico”, também poderia ser tomada como indicativa de maior vinculação a atividades sociais e de trabalho antes do desenvolvimento da dependência.

A dimensão relativa às crenças relacionadas aos problemas com o álcool indicou que a vinculação do alcoolismo a problemas psicológicos conduziu à melhores resultados terapêuticos. Pode-se considerar que a crença indicaria que estes pacientes assumiram responsabilidade direta e pessoal sobre o problema e sua resolução, enquanto que, ao afirmarem uma necessidade de “desintoxicação”, outro grupo de sujeitos teria projetado suas necessidades sobre o álcool e o serviço terapêutico, com influência negativa sobre a adesão. Apesar de não trabalharem diretamente com as mesmas crenças, os achados de Long e outros (2000) indicaram que níveis mais elevados de auto-eficácia, maior envolvimento com o programa de tratamento e maior percepção do tratamento como forma de ajuda, associam-se a melhores resultados terapêuticos. Os estudos de Warren, Stein e Grella (2007) também evidenciaram que auto-eficácia e suporte social, identificados na avaliação inicial, são preditores de melhores resultados do tratamento, tanto para o consumo de substâncias quanto para o funcionamento mental global.

Na dimensão sintomatológica, o fato dos pacientes admitirem sentir tremores quando não bebiam no horário habitual ou sentir dor abdominal nos 30 dias que precederam a avaliação, associaram-se a “adesão superior”. Esses resultados podem ser entendidos no contexto dos achados de Tucker, Vuchinich e Rippens (2002), 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, associou-se 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. O encontro de piores taxas de adesão entre pacientes com níveis pressóricos mais elevados pode ser analisado no âmbito da influência do uso do álcool, tanto no desenvolvimento da hipertensão quanto na refratariedade aos anti-hipertensivos (ELMER; OBARZANECK; VOLMMER, 2006); a redução do consumo é uma importante ferramenta no controle pressórico (STEWART et al., 2008). Sendo assim, as alterações nos níveis da pressão arterial – um

achado de exame físico que é, em geral, assintomático – poderiam indicar maiores níveis de consumo mantido de alcoólicos, após o início das avaliações, uma vez que a avaliação clínica, em geral, era realizada cerca de 15 dias após o primeiro atendimento no PADQ.

Pacientes que assinalaram a categoria “irritado” quando alcoolizados, que não indicaram sentir-se “conformado” quando alcoolizados, bem como aqueles que não assinalaram quaisquer das categorias relativas a um grupo de 13 sentimentos negativos (ansioso, irritável, triste etc), quando sóbrios se mostraram significativamente com melhores níveis de “adesão superior”. Os resultados sugerem que um sentimento negativo (“sentir-se mal”), quando sóbrios, e um sentimento de tonalidade positiva, quando alcoolizados, (sentir-se conformado, em oposição a revoltado) favoreceram o abandono de tratamento, enquanto que um sentimento de tonalidade negativa (irritado), quando alcoolizados, favoreceu a adesão. Os resultados descritos podem ser considerados por sua possível interação com características de personalidade – como busca do prazer e a fim de evitar o sofrimento (MACANDREW, 1981; WOLF et al., 1990) – ou com fenômenos psicopatológicos agravados ou aliviados pelo uso dos alcoólicos (DRIESSEN et al., 1998; MORGENSTERN et al., 1997; ROUNSAVILLE et al., 1987).

Quanto à dimensão “padrão de consumo”, o relato de beber sozinho se associou positivamente à adesão, o que, em princípio, remete ao fato de que maior convívio social, em especial com o grupo de amigos com os quais se costumava beber, favorece lapsos e recaídas e, conseqüentemente, o abandono do tratamento. Efetivamente, Vaillant (1999) já indicou que os hábitos de beber do grupo social de cada indivíduo afetam significativamente a forma como ele usa ou abusa do álcool. De modo similar, um terço dos pacientes que apresentaram lapsos no estudo de Blow e outros (2000) afirmaram que ver outras pessoas bebendo seria um desencadeador do beber. Afirmar beber para aliviar ou enfrentar situações desagradáveis, na fase da vida em que aumentou o consumo, associou-se à melhor adesão. Assim sendo, esse fato, bem como o consumo solitário, pode remeter a fenômenos psicopatológicos associados ao consumo, que teriam sido adequadamente cuidados durante o processo terapêutico no PADQ.

Quanto à dimensão relativa ao diagnóstico, os achados também sugerem que a abordagem das comorbidades apresentadas pelos pacientes tenha sido realizada de forma a favorecer sua adesão: ao aliviar fenômenos psicopatológicos comórbidos, o tratamento oferecido teria amenizado sintomas cuja presença poderia conduzir a recaída e ao abandono. Neste sentido, Long e outros (2000) já indicaram que a redução de sintomas psíquicos,

como ansiedade e depressão, associar-se-ia a melhores resultados do tratamento.

Neste estudo, foram encontrados melhores níveis de adesão dentre sujeitos que iniciaram o consumo de alcoólicos com idade abaixo da média do grupo. McGue e outros (2001) evidenciaram que idade precoce de início de consumo de alcoólicos estaria associada à presença de psicopatologia, em especial de tipo desinibitório. Pardini, White e Stouthamer-Loeber (2007) encontraram que co-ocorrência de sintomas depressivos e de conduta em adolescentes elevaria o risco de desenvolvimento de transtornos por uso de alcoólicos na fase adulta. Por sua vez, os achados de Dawson, Grant e Li (2007) foram consistentes com a noção de que o beber precoce possa aumentar o padrão de consumo reativo ao estresse. No grupo deste estudo, tanto o registro de diagnóstico dual como o consumo para alívio ou enfrentamento de situações desagradáveis no período em que aumentou o consumo associaram-se a melhores níveis de adesão. Os resultados sugerem que os pacientes que iniciaram seu consumo mais precocemente possam, de fato, apresentar transtornos psiquiátricos de melhor prognóstico – independentemente de primários ou secundários ao alcoolismo, bem como alguns dos pacientes identificados por Pardini, White e Stouthamer-Loeber (2007) e Dawson, Grant e Li (2007), quais sejam, com sintomas depressivos e/ou consumo reativo ao estresse.

Na dimensão tratamento, pacientes que já haviam, alguma vez na vida, procurado tratamento para alcoolismo ou que haviam feito uso de medicação para depressão no mês anterior à avaliação tiveram melhor perfil de adesão ao programa terapêutico. Com efeito, tratamento prévio já foi identificado como preditor de bons resultados em novo tratamento (ATKINSON et al., 2003; TIMKO et al., 2002). Conforme acima discutido, o uso de antidepressivos pode ter contribuído para melhor abordagem da psicopatologia comórbida dos sujeitos estudados. O encontro de piores taxas de adesão entre aqueles que procuraram o tratamento por vontade própria já foi previamente identificado por outros autores (MARTIN et al., 2004; TISSOT, 2006). Ainda que tal resultado possa chocar-se com o senso comum, sugerem que pressões familiares ou institucionais podem favorecer a adesão.

Finalmente, considerando-se os modelos multidimensionais, as variáveis que se associaram significativamente à adesão relacionaram-se a: hábito de beber solitário; características sugestivas de maior estabilidade interpessoal (união estável e maior renda); presença de sintomas físicos (dor abdominal e tremores), mas ausência de hipertensão sistólica; e tratamento prévio para alcoolismo. Nestes resultados, foram convergentes a significância estatística e um relevante incremento na probabilidade de adesão ao tratamento, que variou entre 120% (para a variável “já ter procurado, alguma vez,

tratamento para alcoolismo”, no modelo expandido) e 410% (para a variável “apresentar tremores se não bebia no horário habitual”, no modelo parcimonioso).

Conforme indicado na seção MATERIAIS E MÉTODOS, todas as variáveis que apresentaram associação significativa com adesão na análise bivarada foram introduzidas na regressão logística. Assim sendo, variáveis que apresentaram significância marginal foram incluídas nos modelos desenvolvidos para cada dimensão. Para se rodar a análise multidimensional, foram também mantidas as que não atingiram significância estatística plena, mas apresentaram elevada razão de chance. O modelo final evidenciou o acerto desta opção, visto que as variáveis relativas à renda pessoal e pressão arterial sistólica – que apresentaram apenas significância marginal nas análises preliminares – mostraram-se significativamente associadas à adesão nos modelos multidimensionais.

Uma vez que a admissão dos sujeitos avaliados por este estudo obedeceu tão somente a considerações clínico-administrativas, que indicavam a referência exclusiva de pacientes com Síndrome de Dependência a Alcoólicos e excluía a possibilidade de encaminhamento de pacientes com o diagnóstico, teoricamente menos grave, de Uso Nocivo, deve-se atentar para a limitação à generalização dos resultados do presente estudo, comum em estudos observacionais. Todavia, sua simplicidade de desenho permite que possa ser facilmente reproduzido em diferentes contextos assistenciais. Estudos que se desdobram a partir de circunstâncias de “vida real” tem sido cada vez mais valorizados, exatamente por possibilitarem importantes discussões acerca de aspectos relativos à efetividade das práticas assistenciais (CORRAO et al., 1999; HARO et al., 2006).

5 CONCLUSÃO

Uma vez que a adesão ao tratamento de alcoolismo vem sendo considerada uma medida adequada para o monitoramento de tratamentos, a identificação de características dos pacientes que se associam a melhores níveis de adesão poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias de avaliação destes grupos de pacientes que costumam responder mal às terapêuticas de rotina. Com atenção focada na modificação ou reforço dessas características, resultados mais favoráveis no tratamento de alcoolistas poderão ser alcançados. Novos estudos são necessários tanto para a replicação dos achados pelo presente estudo apresentados como para o desenvolvimento de abordagens diagnósticas e terapêuticas mais eficazes e efetivas para os pacientes. Todavia, a significância dos resultados, associada à elevada razão de chance evidenciada para as variáveis indicadas pela regressão logística sugerem relevância clínica para estes achados.

Identification of factors associated to adherence to an outpatient treatment program for alcoholics by means of logistic regression

ABSTRACT

Adherence is a practical measure of treatment results assessment. This naturalistic cohort study aimed to identify patient's characteristics associated to adherence to an outpatient treatment program for alcoholics. This study included all the 300 alcoholics that concluded the program's assessment stage. Firstly, crosstabs were used to verify possible association of adherence to treatment to other variables related to sociodemographic, economic, belief, feeling, behavior, symptom e treatment aspects used for patient assessment in the program, using Pearson's Chi-square test ($p < 0.1$). Later, logistic regression was performed; initially within each dimension of characteristics, and then using the selected variables in a multidimensional model. In the final model, variables significantly associated to adherence were: stable matrimonial relationship; to perceive more than one Brazilian minimum wage; abdominal pain on the last 30 days before evaluation; to tremble if did not drink at regular timing; systolic blood pressure ≤ 130 mmHg; solitary consumption. The identification of characteristics associated to greater adherence is expected to contribute to the development of strategies of care of patients that are usually poor responders to regular approaches. A focus on the changing or reinforcement of these characteristics may contribute to improve results in the treatment of alcoholics.

Keywords: Alcoholism. Evaluation. Diagnosis.

REFERÊNCIAS

- ATKINSON, R. M. et al. Referral paths, patient profiles and treatment adherence of older alcoholic men. **Journal of Substance Abuse Treatment**, Philadelphia, v. 25, p. 29-35, 2003.
- BABOR T. F.; CAETANO R. Subtypes of substance dependence and abuse: implications for diagnostic classification and empirical research. **Addiction**, Edinburgh, v. 101, no. 1, p. 104-110, 2006.
- BLOW, F. C. et al. Older adult treatment outcome following elder-specific inpatient alcoholism treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, Philadelphia, v. 19, p. 67-75, 2000.
- CALLAGHAN, R. C.; CUNNINGHAM, J. A. Gender differences in detoxification: predictors of completion and re-admission. **Journal of Substance Abuse Treatment**, Philadelphia, v. 23, no. 4, p. 399-407, 2002.
- CONNORS, G. J.; WALITZER, K. S.; DERMEN, K. H. Preparing clients for alcoholism treatment: effects on treatment participation and outcomes. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, D.C., v. 70, no. 5, p. 1161-1169, 2002.
- CORRAO, G. et al. Outcome variables in the evaluation of alcoholic's treatment: lessons from the Italian assessment of alcoholism treatment (ASSALT) Project. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 34, no. 6, p. 873 - 881, 1999.
- DAWSON, D. A.; GRANT, B. F.; LI, T. K. Impact of age at first drink on stress-reactive drinking **alcoholism: Clinical and Experimental Research**, Indianapolis, v. 31, no. 1, p. 69-77, 2007.
- DRIESSEN, M. et al. Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, Indianapolis, v. 22, no. 1, p. 77-86, 1998;
- ELMER, P. J.; OBARZANECK, E.; VOLMMER, W. M. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18 months results of a randomized trial. **Annals of Internal Medicine**, Massachusetts, p. 144-485, 2006.
- FINNEY, J. W. Assessing treatment and treatment processes. In: ALLEN J. P.; WILSON V. V. (Ed.). **Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers**. 2nd ed. Bethesda: US Department of Health and Human Services/National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000. p. 189-217.
- FRANCO, J. G. et al. Regresión logística en la literatura psiquiátrica: evaluación de los artículos publicados entre 2002 y 2005 en una prominente revista. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 370-379, 2007.
- HARO, J. M. et al. Three-year antipsychotic effectiveness in the outpatient care of schizophrenia: Observational versus randomized studies results. **European Neuropsychopharmacology**, Amsterdam, v. 17, no. 4, p. 235-244, 2006.
- LEIGH, G.; OGBORNE, A. C.; CLELAND, P. Factors associates with patient dropout from an outpatient Alcoholism Treatment Service. **Journal of Studies on Alcohol**, Bethesda, v. 45, no. 4, 1984.
- LONG, C. G. et al. Within-program factors as predictors of drinking outcome following cognitive-behavioral treatment. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 25, no. 4, p. 573-578, 2000.
- MACANDREW, C. What the MAC tells us about men alcoholics: an interpretative review. **Quarterly Journal of Studies on Alcohol**, New Jersey, v. 42, p. 604-625, 1981.

MARQUES, A. C. P. R. **Comparação da efetividade da terapia comportamental-cognitiva breve individual e em grupo no tratamento de dependentes de álcool ou outras drogas.** 1997.

Tese (Doutorado em Medicina)—Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

MARTIN, B. K. et al. Adherence to court-ordered disulfiram at fifteen months: A naturalistic study. **Journal of Substance Abuse Treatment**, Philadelphia, v. 26, no. 3, p. 233-236, 2004.

MCGUE, M. et al. Origins and consequences of age at first drink: associations with substance-use disorders, disinhibitory behavior and psychopathology, and P3 amplitude. **Alcoholism: Clinical & Experimental Research**, Indianapolis, v. 25, no. 8, p. 1156-1165, 2001.

MELNICK, G.; WEXLER, H. K.; CLELAND, C. M. Client consensus on beliefs about abstinence: Effects on substance abuse treatment outcomes. **Drug and Alcohol Dependence**, Richmond, v. 93, p. 30-37, 2008.

MOOS, R. H.; MOOS, B. S. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. **Addiction**, Oxford, v. 98, no. 3, p. 325-338, 2003.

MORGENSTERN, J. et al. The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, D.C., v. 106, no. 1, p. 74-84, 1997.

OSLIN, D. W.; PETTINATI, H.; VOLPICELLI, J. R. Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, Danvers, v. 10, p. 740, 2002.

PARDINI, D.; WHITE, H. R.; STOUTHAMER-LOEBER, M. Early adolescent psychopathology as a predictor of alcohol use disorders by young adulthood. **Drug and Alcohol Dependence**, Richmond, v. 88, p. 38-49, 2007.

PELLICER, M. C. L. et al. Variables predictoras de adherencia al tratamiento en pacientes alcohólicos. **Actas Españolas de Psiquiatria**, Barcelona, v. 30, n. 6, p. 370-375, 2002.

RIBEIRO, M. S. (Ed). **Protocolos de conduta do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora.** Juiz de Fora: SUS, 2000.

RIBEIRO, M. S. et al. Alcoolismo: a influência do reconhecimento da comorbidade na adesão de pacientes ao programa terapêutico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 124-132, 2004.

RIBEIRO, M. S. et al. Avaliação dos tipos 1 e 2 de alcoolismo de Cloninger em homens participantes de um programa de tratamento ambulatorial. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 39-48, 2008a.

RIBEIRO, M. S. et al. Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 203-211, 2008b.

ROUNSAVILLE, B. J. et al. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 44, p. 505-513, 1987.

SIQUEIRA, M. M.; GARCIA, M. L. T.; SOUZA, R. S. O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 2, p. 114-119, 2005.

STEWART, S. H. et al. Blood pressure reduction during treatment for alcohol dependence: results from the combining medications and behavioral interventions for alcoholism (COMBINE) study. **Addiction**, Oxford, v. 103, p. 1622-1628, 2008.

TERRA, M. B. et al. Does co-occurring social phobia interfere with alcoholism treatment adherence and relapse? **Journal of Substance Abuse Treatment**, Philadelphia, v. 31, p. 403-409, 2006.

TIMKO, C. et al. Gender differences in help-utilization and the 8-year course of alcohol abuse. **Addiction**, Oxford, v. 97, n. 7, p. 877-889, 2002.

TISSOT, C. L. **A influência da família sobre a adesão ao tratamento do dependente químico: um estudo piloto sobre a emoção expressa.** 2006. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria)—Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2006.

TUCKER, J. A.; VUCHINICH, R. E.; RIPPENS, P. D. Environmental contexts surrounding resolution of drinking problems among problem drinkers with different help-seeking experiences. **Journal of Studies on Alcohol**, New Jersey, v. 63, no. 3, p. 334-341, 2002.

VAILLANT, G. E. **A história natural do alcoolismo revisitada.** Porto Alegre: ArtMed Press, 1999.

WARREN, J. I.; STEIN, J. A.; GRELLA, C. E. Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. **Drug and Alcohol Dependence**, Richmond, no. 89, p. 267-274, 2007.

WEISNER, C.; MATZGER, H. A prospective study of the factors influencing entry to alcohol and drug treatment. **The Journal of Behavioral Health Services & Research**, v. 29, no. 2, p. 126-138, 2002;

WINDLE, M.; SCHEIDT, D. M. Alcoholic subtypes: are two sufficient? **Addiction**, Edimburgh, v. 99, no. 12, p. 1508-1519, 2004.

WOLF, A. W. et al. The use of the macandrew scale in detecting substance abuse and antisocial personality. **Journal of Personality Assessment**, New York, v. 54, no. 3/4, p. 747-755, 1990.

Enviado em 15/2/2009

Aprovado em 30/9/2009