

## PRONTIDÃO PARA MUDANÇA E ALTERAÇÕES DAS FUNÇÕES COGNITIVAS EM ALCOOLISTAS

Maisa dos Santos Rigoni<sup>\*</sup>  
Margareth da Silva Oliveira<sup>#</sup>  
Nathália Susin<sup>¶</sup>  
Cristina Sayago<sup>æ</sup>  
Alessandra Cecília Miguel Feldens<sup>φ</sup>

**RESUMO.** Analisa-se a relação entre a cultura trabalho-família existente numa empresa de serviços financeiros e o compromisso organizacional dos empregados, controlando-se variáveis sociodemográficas. A 219 trabalhadores técnicos e profissionais entre 19 e 64 anos, pertencentes a 16 sucursais localizadas na região do Maule (Chile), foram aplicados três instrumentos de medida das variáveis referidas. Observa-se uma relação significativa entre as variáveis constitutivas da dimensão cultura trabalho-família e o compromisso organizacional, estando a cultura fortemente associada a este ( $r = 0,483$ ,  $p=0,05$ ). Observou-se que quanto mais apoio diretivo da empresa é percebido por parte dos trabalhadores, maior é o compromisso destes com aquela e, particularmente, seu compromisso dos tipos normativo ( $r = 0,417$ ;  $p>0,000$ ) e afetivo ( $r=0,347$ ;  $p>0,000$ ).

**Palavras-chave:** Cultura trabalho-família; compromisso organizacional; apoio organizacional.

## READINESS TO CHANGE AND COGNITIVE FUNCTION ALTERATIONS IN ALCOHOLICS

**ABSTRACT.** It is analyzed the relationship between work-family culture with the organizational commitment of employees, controlling sociodemographical variables. 219 technical workers and professionals, between 19 and 64 years old, from a financial services company located in the region of Maule (Chile), responded three instruments of measurement. There was a significant relationship between work-family culture variables and organizational commitment, where the culture appears strongly associated to the commitment ( $r = 0,483$ ,  $p = 0.05$ ). While most executive support from the company is perceived by workers, the greater the commitment to them with company, particularly with its normative ( $r = 0,417$ ,  $p < 0,000$ ) and affective commitment ( $r = 0,347$ ,  $p < 0,000$ ).

**Key words:** Wok-family culture; organizational commitment; organizational support.

## PREPARACIÓN PARA CAMBIO Y ALTERACION DE LAS FUNCIONES COGNOSCITIVAS EN ALCOHOLICOS

**RESUMEN.** Se analiza la relación entre la cultura trabajo-familia existente en una empresa de servicios financieros y el compromiso organizacional en los empleados, controlando variables sociodemográficas. A 219 trabajadores técnicos y profesionales entre 19 y 64 años, pertenecientes a 16 sucursales ubicadas en la región del Maule (Chile) les fueron aplicados tres instrumentos de medición de las variables referidas. Se observa una relación significativa entre las variables constitutivas de la dimensión cultura trabajo-familia y el compromiso organizacional donde la cultura está fuertemente asociada a éste ( $r = 0,483$ ,  $p = 0,05$ ). Se registra que mientras más apoyo directivo desde la empresa es percibido por parte de los trabajadores

---

\* Psicóloga Clínica, Psicanalista pelo NESF e Mestre em Psicologia Clínica e Doutoranda pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

# Psicóloga. Doutora em Ciências. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

¶ Bolsista de Iniciação Científica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

æ Psicóloga, voluntária do grupo de pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

φ Psicóloga, Mestranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

mayor es el compromiso de éstos con aquélla y, particularmente, con su compromiso de tipos normativo ( $r = 0,417$ ;  $p > 0,000$ ) y afectivo ( $r = 0,347$ ;  $p > 0,000$ ).

**Palabras clave:** Cultura trabajo-familia; compromiso organizacional; apoyo organizacional.

O alcoolismo tem sido considerado uma doença crônica, progressiva, além de ter se tornado um problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (Who, 2007) 1,7 % da população mundial é diagnosticada com dependência de álcool, e no Brasil, segundo dados de um levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID (Galduróz, Noto, Fonseca & Carlini, 2004), de 5 a 10% da população de adultos possuem este mesmo diagnóstico. Trata-se de um transtorno de grande poder destrutivo, de alta prevalência (Carlini, Galduróz & Noto, 2001), que está constantemente relacionado a outras enfermidades clínicas (Daher, Berberi & Baroody, 2003; Rehm, Room, Graham, Monteiro & Sempos, 2003) e a comportamentos violentos (Zhang, Welte & Wiczorek, 2002).

As alterações cognitivas associadas ao consumo de álcool podem variar desde alterações leves, encontradas em abusadores desta substância, seguidas de prejuízos moderados em dependentes de álcool, até déficits neuropsicológicos mais graves, como a Síndrome de Korsakoff. Mesmo os bebedores sociais, que ingerem 21 ou mais doses por semana (cada dose equivale a 12 g de álcool), revelam indícios de alterações neurocognitivas em algumas funções mentais (Cunha & Novaes, 2004).

O alcoolismo pode acarretar uma série de prejuízos cognitivos, principalmente déficits de aprendizagem e memória, capacidade visoespacial, habilidades perceptomotoras, abstração e resolução de problemas (Arias, Santin, & Rubio, 2000; Langlais & Ciccia, 2000; Pfefferbaum, Sullivan, & Rosenbloom, 2000; Parsons *in* Nassif & Rosa, 2003), funções associadas às regiões frontais e frontotemporoparietal (Selby & Azrin *in* Nassif & Rosa, 2003). As alterações no córtex pré-frontal de alcoolistas tende a prejudicar o processo de tomada de decisões, fazendo com que o paciente escolha caminhos que sejam mais atraentes e lhe proporcionem um prazer imediato, como, por exemplo, seguir bebendo ao invés de manter-se abstinente. O paciente adota então um comportamento sem levar em consideração as consequências futuras de suas atitudes (Bechara et al., 2001).

A dependência alcoólica é uma síndrome representada por um conjunto de alterações nos estados fisiológicos, comportamentais e cognitivos,

que se desenvolvem após um período de consumo do álcool. Esta dependência caracteriza-se por forte desejo de consumir o álcool ou grande dificuldade de controlar o consumo, objetivando obter prazer e/ou evitar consequências desagradáveis decorrentes da abstinência (Holmes, 1997).

A avaliação neuropsicológica de pacientes usuários de substâncias psicoativas é de suma importância para o profissional da área da saúde e para o próprio paciente, na medida em que ambos necessitam conhecer o perfil das funções cognitivas e o que delas pode ter sido afetado pelo uso dessas substâncias. No caso do alcoolismo, o exame neuropsicológico também busca avaliar seu curso crônico, que afeta o organismo do paciente, causando graves patologias sistêmicas por um grande período de tempo, a que se somam outros fatores de risco de déficits cognitivos (Oliveira & Rigoni, 2005).

O uso agudo do álcool tende a comprometer a capacidade de atenção, memória, funções executivas e visoespaciais, enquanto o uso crônico altera a memória, a aprendizagem, a análise e síntese visoespacial, a velocidade psicomotora, funções executivas e tomada de decisões, podendo chegar a transtornos persistentes de memória e demência alcoólica. Esses déficits cognitivos encontrados em alcoolistas, principalmente das funções executivas (frontais), têm influência direta no tratamento, tanto para a escolha de estratégias a serem adotadas como para a análise do prognóstico (Cunha & Novaes, 2004).

Zinn, Stein e Swartzwelder (2004) realizaram um estudo comparando o desempenho neuropsicológico de 27 alcoolistas em recuperação com 18 pacientes ambulatoriais que não apresentavam dependência de álcool, para investigar que aspectos do funcionamento executivo foram deteriorados. Esses autores afirmam que a disfunção executiva é um dos efeitos cognitivos que podem persistir após a abstinência do álcool, e concluíram que os alcoolistas denotaram pior desempenho em funções como raciocínio abstrato, memória e efetividade em testes que exigiam tempo de execução. Além disso, apesar de estarem todos abstinentes, o grupo de alcoolistas apresentou prejuízo nas funções executivas.

Outro estudo também comparou as funções neuropsicológicas de 30 alcoolistas crônicos que estavam recebendo tratamento ambulatorial para

dependência química, e 30 não alcoolistas. O grupo de alcoolistas foi testado durante a primeira semana e posteriormente na sétima semana de tratamento, demonstrando um padrão de desempenho mais prejudicado nas áreas de atenção/concentração, memória de curto prazo, habilidade de planejamento, resolução de problemas, inteligência não verbal, habilidade visoespacial, eficiência motora, flexibilidade mental e processamento de informação, quando comparado ao grupo de não alcoolistas. Os alcoolistas apresentaram medidas significativamente inferiores em todos os testes realizados na avaliação inicial e em 50% na avaliação final. Este estudo concluiu que há possibilidade de uma pequena melhora nas funções cognitivas de alcoolistas que completam o tratamento (Mogen, 2001).

Um estudo realizado por Meyerhoff et al. (2004) com 46 bebedores crônicos (100 drinques alcoólicos por mês para homens e 80 drinques para mulheres) e 52 bebedores leves, comparou medidas da estrutura cerebral usando imagens de ressonância magnética e medidas de químicos cerebrais associados com as funções sadias do cérebro. Foi observado que pessoas que bebem muito, ainda que socialmente, mostram um padrão de dano cerebral parecido com aquele visto em alcoolistas hospitalizados: o suficiente para debilitar o funcionamento diário. Neste estudo testes padrões de inteligência verbal, velocidade de processamento, equilíbrio, memória funcional, função espacial, função executiva e aprendizado e memória foram aplicados nos voluntários, concluindo-se que a amostra de bebedores pesados apresentou mais prejuízo nas medidas de memória funcional, velocidade de processamento, atenção, função executiva e equilíbrio.

Um estudo longitudinal examinou a associação das variáveis neurocognitivas com idade, duração da abstinência, medida de uso de álcool e a densidade do histórico familiar de problemas com bebidas alcoólicas entre alcoolistas em abstinência desde aproximadamente 6,7 anos, sendo 25 homens e 23 mulheres, e pessoas da mesma idade e sexo que não eram dependentes de álcool. Foi realizada uma avaliação neuropsicológica, que mediu o desempenho em flexibilidade mental/abstração, atenção, memória de trabalho, memória imediata, memória remota, função psicomotora, tempo de reação, processamento espacial e habilidades verbais. Os dois grupos apresentaram um desempenho semelhante, exceto em processamento espacial, no qual o grupo de alcoolistas apresentou

déficit; contudo, nenhuma variável foi associada ao tempo de abstinência, ao padrão de consumo de álcool e ao histórico familiar. Fein, Torres, Price e Di Sclafani (2006) concluíram, com este estudo, que a maior parte das funções cognitivas apresenta melhora com o tempo de abstinência, exceto pela sugestão de um déficit persistente na habilidade de processamento espacial.

Os déficits cognitivos identificados nos dependentes do álcool têm implicação direta no tratamento, tanto para escolha de estratégias a serem adotadas como para análise do prognóstico, bem como a identificação do estágio motivacional no qual o paciente se encontra. O processo de mudança intencional de comportamento tem sido amplamente estudado. Atualmente, o modelo mais utilizado para entender a motivação para a mudança de comportamentos aditivos é o Modelo Transteórico, descrito por Prochaska & DiClemente em 1983. Concebido por meio de análises comparativas dos principais enfoques psicoterápicos, o modelo propõe que as pessoas modificam seus hábitos relacionados ao comportamento-problema mediante passos que observam uma sequência progressiva, mas não linear-causal. Esse processo pode progredir ou regredir sem ordenação lógica, em um padrão cíclico de movimento, sendo representado graficamente por um espiral (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). A motivação é entendida como um estado interno, de prontidão para mudança, influenciado por fatores externos (Calheiros, Andretta & Oliveira, 2006).

O conceito de prontidão para a mudança (Rollnick et al., 1993, Miller & Rollnick, 2001) está baseado no modelo transteórico desenvolvido por Prochaska e DiClemente (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Velicer, Rossi, Prochaska & DiClemente, 1996). O que levou estes autores a desenvolverem este modelo foi sua dúvida sobre as motivações para a modificação dos comportamentos de dependência, em função de sua observação de que nem mesmo pessoas não submetidas a qualquer tipo de tratamento em algum momento da vida, por algum motivo, conseguiram romper com o ciclo de comportamentos autodestrutivos, muitas vezes relacionados à dependência química.

É preciso lembrar que este modelo é adequado para ilustrar diferentes tipos de processo de mudança aos quais uma pessoa possa estar submetida, e também que as pessoas, em terapia ou não, podem passar pelos mesmos estágios.

Miller & Rollnick (2001) descrevem o processo de mudança dissociado em estágios de mudanças (pré-contemplação, contemplação, determinação, ação e manutenção) pelos quais o paciente transita de forma linear ou irregular (isto é, não obedecendo a uma ordem).

No estágio da pré-contemplação a pessoa nem mesmo consegue descobrir que tem um problema. Os pré-contempladores tendem a ser identificados em exames médicos de rotina, enquanto com um paciente neste estágio a tarefa motivacional do terapeuta é levantar dúvidas, fazer com que ele possa aumentar sua percepção dos problemas causados pelo comportamento atual.

Já com alguma consciência do problema, a pessoa entra no estágio da contemplação. Aqui a marca mais importante é o alto nível de ambivalência apresentado. Uma tarefa muito importante do terapeuta neste momento é “incliná-la a balança” para o lado da mudança, elaborando junto com o paciente a balança decisacional dos prós e contras de manter o comportamento e modificá-lo.

Um estudo realizado por Blume, Marlatt e Schmalzing (2005) com 117 sujeitos que preencheram os critérios para dependência do álcool, nos quais foi administrada uma bateria de testes padronizados para avaliar a memória e as funções executivas, os quais incluíram as escalas de memória Wechsler revisada (WMS-R), o *Controlled Oral Word Association Test* (COWAT), o *Ruff Figural Fluency Test* (RFFT) e o *Wisconsin Card Sort Test* (WCST), revelou que um baixo escore na capacidade verbal e um atraso na memória de recordação predizem o Estágio Motivacional da Pré-Contemplação. Além disso, escores altos de memória verbal predizem o Estágio Motivacional da Contemplação e uma melhor capacidade de concentração e atenção prediz uma redução do consumo de álcool após um *follow-up* de três meses. Os achados deste estudo indicam que o processo de memória explícita pode ser de utilidade na predição da prontidão para mudar o comportamento de beber.

Considera-se que uma pessoa entrou no estágio da determinação quando ela consegue perguntar-se, por exemplo, “O que posso fazer? Como posso mudar?”. Neste momento é importante que o terapeuta consiga ajudar o paciente a determinar a linha de ação mais adequada a ser seguida na direção da mudança.

No estágio da ação, o indivíduo já consegue se engajar em ações específicas para chegar à mudança. O terapeuta deve acompanhar o paciente e ajudá-lo a dar passos em direção à mudança.

O grande desafio do estágio da manutenção é fazer com que a mudança obtida no estágio anterior se mantenha e que a recaída seja evitada. Para fazer uma mudança perdurar é necessário desenvolver estratégias e habilidades diferentes daquelas usadas para obter a mudança. Assim, a principal tarefa do terapeuta neste estágio é ajudar o paciente a identificar as situações de risco e utilizar as estratégias de prevenção à recaída. De qualquer forma, porém, pode ocorrer a recaída, tida como parte integrante do processo justamente por ser considerada previsível e natural. O mais importante aqui é evitar que o paciente fique imobilizado e desmoralizado ante a recaída fazer que ele consiga recomeçar a ponderar uma nova mudança, renovar sua determinação, retomar sua ação e manter os ganhos obtidos.

## MÉTODO

### Delineamento

Este é um estudo quantitativo, transversal e quase experimental com caso-controle.

### Participantes

Participaram deste estudo 61 sujeitos, do sexo masculino na faixa etária dos 27 aos 60 anos. Todos eles preencheram os critérios de diagnóstico de dependência do álcool e estavam internados em um serviço especializado no tratamento da dependência química.

### Instrumentos

Foi realizada uma entrevista estruturada, criada pelo grupo de pesquisa e baseada nos critérios do DSM – IV- TR (*American Psychiatric Association*, 2002), com o objetivo de coletar os dados demográficos e detectar critérios diagnósticos para dependência do álcool e comorbidades.

Para atender ao objetivo da pesquisa foram aplicados os instrumentos Screening Cognitivo do Wais III, o Teste Wisconsin de Classificação de Cartas, Figuras Completas de Rey, o Questionário SADD e o URICA, a seguir numerados e descritos:

**1- O Screening Cognitivo do WAIS-III<sup>1</sup>** (Wechsler, 1997) compreende os subtestes Vocabulário, Cubos e Código. O subteste *Vocabulário* foi utilizado pela sua alta correlação

<sup>1</sup> A adaptação e padronização brasileira da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos foi realizada por Elizabeth Nascimento em 2004 pela Casa do Psicólogo®.

com a soma da escala verbal, o que o torna uma medida adequada de inteligência basal. O desempenho neste subteste depende do conhecimento semântico, estimulação do ambiente e aprendizagem escolar do sujeito. Já o subteste *Cubos* identifica a formação de conceitos envolvendo análise, síntese e organização visomotora, enquanto o subteste *Código* mede a capacidade de reprodução e imitação (Cunha, 2000).

- 2- **O Teste Wisconsin de Classificação de Cartas**<sup>2</sup> (Heaton et al., 1993), conhecido na literatura internacional pela sigla WCST, é um teste de avaliação cognitiva criado antes da década de cinquenta, revisado e ampliado nos últimos anos (Heaton et al., 1993). Ele mede a flexibilidade do pensamento do sujeito para gerar estratégias de solução de problemas com base no *feedback* do examinador e permite examinar a capacidade para estabelecer, manter e modificar categorias mentais.
- 3- **Quanto às Figuras Complexas de Rey**<sup>3</sup> (Rey, 1959): Foi empregada neste estudo a Figura Complexa de A. Rey (1999) - Forma A, que visa à identificação dos prejuízos na percepção visual e memória imediata; consiste em um cartão com um desenho geométrico complexo, impresso em preto e branco, contendo 18 unidades de estudo.
- 4- **O Questionário SADD (Short Alcohol Dependence Data)** (Raistrick et al., 1983) foi padronizada para uso no Brasil por Jorge e Masur (1986). Consiste de uma escala autoaplicável, formada de 5 itens relacionados ao consumo do álcool, que objetiva avaliar o grau de dependência desta substância. As perguntas da escala dizem respeito a uma série de fatores relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas. Solicita-se ao sujeito que ouça atentamente cada pergunta e responda às questões relacionadas ao período em que estava bebendo. As respostas são avaliadas em termos de uma escala tipo Likert, de 4 pontos correspondendo a 0=Nunca; 1=Poucas vezes; 2=Muitas vezes; e 3=Sempre. De acordo com a soma total de pontos, os alcoolistas são classificados nas seguintes categorias: 1 a 9=Dependência leve; 10 a 19=Dependência moderada; e 20 a 45=Dependência grave.

- 5- **A URICA - University of Rhode Island Change Assessment** (McConaughy, Prochaska e Velicer, 1983) é uma escala que contém 32 itens desenvolvidos para medir o estágio motivacional no qual o sujeito se encontra. Atualmente este instrumento está validado para a população brasileira dependente de álcool (Figlie & Laranjeira, 2004). A URICA é dividida em quatro subescalas: Pré-contemplação (8 itens), Contemplação (8 itens), Ação (8 itens) e Manutenção (8 itens). Esta escala permite avaliar a Prontidão para Mudança, que não é definida pela localização em um estágio ou outro, mas sim, pela integração entre a conscientização da pessoa por seu problema somada a uma confiança em suas habilidades para mudar (DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004).

#### Procedimentos para coleta de dados:

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da PUCRS, sob o protocolo de pesquisa n.º 07/03979. Todos aqueles que aceitaram participar desta pesquisa assinaram um termo de consentimento livre esclarecido e foram avaliados por uma equipe de auxiliares de pesquisa, previamente treinada, a qual aplicou todos os instrumentos de forma individual, em unidades especializadas no tratamento de dependência química da cidade de Porto Alegre/RS, a partir do sétimo dia de desintoxicação.

#### Análise dos dados

Os dados foram compilados e analisados por meio do programa SPSS 11.5 e submetidos à estatística descritiva (média, DP, frequência) e estatística inferencial, utilizando-se o Teste de Coeficiente de Pearson para correlacionar as variáveis.

### RESULTADOS

A idade média dos participantes foi de 41 anos (DP 7,97), sendo a idade mínima de 27 e a máxima de 60 anos. Em relação ao estado civil, 11 (18%) eram solteiros, 32 (52,5%) casados e 18 (29,5%) divorciados ou separados. Quanto à escolaridade, 37 (54,5%) tinham o Ensino Fundamental, 19 (27,9%) tinham o Ensino Médio e 5 (7,4%), Ensino Superior.

Em relação ao grau de dependência do álcool, verificamos que 27,19% (n=16) apresentaram uma dependência moderada e 72,81% (n=43) uma dependência considerada grave. A média geral dos sujeitos no SADD foi de 24,75 (DP= 7,97), o que caracteriza a gravidade desta dependência.

<sup>2</sup> A versão brasileira do Teste Wisconsin de Classificação de Cartas foi adaptada e padronizada por Jurema Alcides Cunha et al. em 2005 pela Casa do Psicólogo®.

<sup>3</sup> A adaptação brasileira foi realizada por Margareth da Silva Oliveira em 1999 pela Casa do Psicólogo®.

Os resultados dos testes utilizados estão demonstrados na tabela 1.

**Tabela 1.** Resultados dos Instrumentos Utilizados

Instrumentos	Média	DP	Mín	Max	Percentil
<i>Screening do WAIS-III</i>					
Vocabulário	10,31	1,91	6	13	50
Cubos	8,67	3,25	3	18	25
Código	7,26	2,31	4	14	16
<i>Figuras Complexas de Rey</i>					
Cópia	30,26	6,58	7	36	25
Memória	15,74	8,07	0	33	25
<i>URICA</i>					
Pré-Contemplanção	12,58	3,51	6	23	55
Contemplanção	26,66	2,41	16	30	35
Ação	26,29	2,40	19	33	50
Manutenção	24,07	3,06	18	30	45

Os resultados da avaliação neuropsicológica apontaram que estes pacientes não apresentaram déficit cognitivo, conforme consta na tabela 1, na qual foram analisados os escores ponderados dos subtestes do WAIS-III, bem como suas posições percentílicas; porém houve um desempenho mais prejudicado no subteste código, o que nos leva a pensar numa lentificação psicomotora. Além disto, no que tange à capacidade de percepção visual e memória imediata, constatamos a presença de prejuízos.

Do desempenho dos participantes no WCST, demonstrado na tabela 2, podemos inferir que há um declínio na capacidade de flexibilidade mental quando comparamos as médias das categorias destes sujeitos com as normas americanas estabelecidas para sujeitos

da mesma idade da população geral que não apresentam dependência em relação ao consumo de álcool. Salienta-se, não obstante, que nossa equipe é responsável pelo desenvolvimento de normas brasileiras para essa população.

**Tabela 2.** Desempenho de Alcoolistas no WCST

WCST	Grupo de Dependentes n= 61		
	Média	Mediana	DP
Categorias Completadas	2,78	2,00	2,17
Nº Total de Erros	50,75	51,50	25,61
Erros Perseverativos	26,50	23,50	18,76
Erros Não-perseverativos	24,25	22,00	18,72
Ensaio para completar a Primeira Categoria	46,41	19,50	47,55
Percentual de Respostas de Nível Conceitual	43,82	41,00	24,44
Fracasso em Manter o Contexto	1,15	1,00	1,35
Aprendendo a Aprender	-7,04	-3,20	11,00

Foi utilizada a correlação de Pearson entre os subtestes do WAIS-III e o Teste de Figuras Complexas de Rey, na qual se observou uma correlação positiva entre o subtestes Vocabulário e o Rey cópia ( $r=0,354$ ;  $p=0,005$ ), Cubos e Rey cópia ( $r=0,357$ ;  $p=0,005$ ) e Código e Rey cópia ( $r=0,330$ ;  $p=0,010$ ). Não houve nenhuma correlação significativa entre estes mesmos subtestes e o Rey memória. Outras correlações foram feitas entre as categorias do WCST com os subtestes do WAIS-III e com o Teste de Figuras Complexas de Rey, conforme ilustrado na tabela 3.

**Tabela 3.** Associações do WCST com o WAIS-III e com o Teste de Figuras Complexas de Rey por meio da correlação de Pearson.

Categorias do WCST	Subtestes do WAIS-III			Fig. Complexas de Rey	
	Vocabulário	Cubos	Código	Cópia	Memória
Categorias Completadas	0,266 *	0,490 *	0,194	0,398 *	0,259 *
Nº Total de Erro	-0,183	-0,418 *	-0,306 *	-0,302 *	-0,263 *
Erros Perseverativo	-0,016	-0,418 *	-0,359 *	-0,503 *	-0,355 *
Ensaio para completar a 1ª Categoria	-0,183	-0,255 *	-0,205	-0,337 *	-0,247
Percentual de Respostas de Nível Conceitual	0,237	0,440 *	0,302 *	0,381 *	0,302 *

\* significativo para  $\alpha < 0,05$

Realizou-se um estudo de associação entre as subescalas da URICA e os testes neuropsicológicos, encontrando-se uma correlação significativa positiva entre o WCST – Ensaio para Completar a 1ª Categoria - e o estágio motivacional da Pré-Contemplanção ( $r=0,257$ ;  $p=0,050$ ). Foi possível, também, identificar outras correlações significativas (estas, negativas) entre os subtestes Vocabulário e

Código do WAIS-III e o estágio motivacional da Pré-Contemplanção ( $r=-0,334$ ;  $p=0,010$  e  $r=-0,305$ ;  $p=0,020$ ). Houve, ainda, uma correlação significativa negativa entre a cópia do Teste de Figuras Complexas de Rey e o estágio motivacional da Pré-Contemplanção ( $r=-0,326$ ;  $p=0,050$ ). Quanto aos demais estágios motivacionais avaliados pela URICA, não houve nenhuma correlação significativa.

Quanto à *prontidão para mudança*, a média obtida foi de 10,74 (DP=1,10), o que corresponde a uma prontidão considerada baixa (<11). Diante disso, a amostra foi dividida em dois grupos, considerando menor prontidão e maior prontidão para a mudança. O grupo *maior prontidão para mudança* ficou composto por 19 sujeitos, enquanto o grupo ficou formado por 40 sujeitos.

Os sujeitos com alta prontidão para mudança não apresentaram nenhuma correlação significativa com as categorias do WCST; já os que obtiveram uma prontidão baixa para mudança revelaram uma correlação estatisticamente significativa entre os estágios motivacionais avaliados pela URICA e as categorias do WCST, conforme demonstra a tabela 4.

**Tabela 4.** Correlações de Pearson entre a URICA e o WCST

URICA X WCST	Correlações
Manutenção X Categorias Completadas	-0,388 *
Pré-Contemplação X Ensaio para Completar a Primeira Categoria	0,351 *
Contemplação X Fracasso em Manter o Contexto	0,351 *
Contemplação X Aprendendo a Aprender	-0,521 *

\* significativo para  $\alpha < 0,05$

## DISCUSSÃO

Neste estudo foi importante observar que, mesmo em se tratando de uma amostra pequena, dos 61 alcoolistas, encontrou-se que 72,81% apresentaram um grau de dependência considerada grave, o que reforça a questão apontada pela OMS (WHO, 2007) de que o alcoolismo tem se tornado um problema de saúde pública.

Apesar de esta amostra não demonstrar, ainda, a presença de déficit cognitivo, já se verifica um desempenho abaixo do esperado quanto à velocidade psicomotora, corroborando os dados fornecidos por Cunha e Novaes (2004), Arias et al. (2000), Langlais e Ciccio (2000), Pfefferbaum *et al.* (2000) e os estudos de Fein et al. (2006) e Meyerhoff et al. (2004), os quais encontraram déficit na velocidade psicomotora em alcoolistas. Esta amostra também revela um prejuízo na capacidade de *Percepção visual e memória imediata*, o que remete aos achados de Cunha e Novaes (2004), que afirmam que tanto o uso agudo quanto crônico do álcool tendem a comprometer a memória.

O declínio da flexibilidade mental desta amostra de alcoolistas vai ao encontro dos estudos de Zinn et

al. (2004), que também verificaram um prejuízo na capacidade de flexibilidade mental em alcoolistas. Quando correlacionados os subtestes do WAIS-III e o Teste de Figuras Complexas de Rey com o WCST, chama a atenção o fato que quanto mais prejuízos intelectuais em Percepção Visual e Memória Imediata os sujeitos apresentam, pior é seu desempenho no WCST. Esses sujeitos completam menos categorias, cometem mais erros, perseveram mais em erros, levam mais ensaios para completar a primeira categoria e acertam menos repostas, possivelmente não conseguindo aproveitar o feedback fornecido pelo examinador. Se pensarmos em termos de tratamento, provavelmente este tipo de paciente terá mais dificuldades em modificar seu comportamento, tendendo a perseverar o comportamento de beber.

Além disto, também se percebe que quanto mais pré-contemplativo o sujeito está, pior é seu desempenho na variável *Ensaio para completar a primeira categoria do WCST*, isto é, o sujeito que está menos motivado para mudança, que pensa que o fato de beber álcool não lhe acarreta nenhum problema, necessita de mais ensaios para conseguir completar a 1ª categoria do WCST, o que pode estar associado à dificuldade em adotar estratégias eficientes para resolver problemas, como apontam Bechara et al. (2001), o que reforça a questão de que prejuízos no processo de tomada de decisão podem influenciar o paciente a fazer escolhas inadequadas, não medindo consequências futuras.

Quando correlacionados os Estágios Motivacionais e os subtestes do WAIS-III, pôde-se constatar que quanto mais pré-contemplativo, isto é, quanto menos motivado para mudar seu comportamento de beber o sujeito estava, pior era seu desempenho nos subtestes Vocabulário e Códigos, reforçando os estudos de Blume, Marlatt e Schmalzing (2005), os quais encontraram uma associação entre um pior desempenho em memória verbal e um atraso na recuperação de memória com o Estágio Motivacional da Pré-Contemplação.

Com relação aos estágios motivacionais, ainda se pode pensar que o estágio da pré-contemplação é descrito por Miller e Rollnick (2001) como o momento no qual o paciente não esboça consciência de que seu comportamento lhe causa algum problema, e se pensarmos que nesta amostra foi significativo o fato de estar neste estágio e ainda apresentar um desempenho abaixo nos subtestes Vocabulário e Códigos, isto poderá refletir-se de forma negativa no tratamento, pois há um declínio cognitivo, somado à desmotivação para mudança de comportamento, talvez

até impedindo estes pacientes de investir no tratamento após a internação.

Os prejuízos detectados na capacidade de percepção visual e memória imediata também obtiveram uma correlação com o estágio motivacional da pré-contemplação, corroborando a literatura citada anteriormente.

Ao dividir a amostra em alta e baixa prontidão para mudança, detectou-se que os a maioria dos sujeitos apresenta uma baixa prontidão para mudança, o que significa que não estão motivados para realizar uma mudança em seu comportamento de beber. Os sujeitos que denotaram alta prontidão para mudança não apresentaram nenhuma correlação significativa com seu desempenho no WCST, ao passo que os sujeitos com baixa prontidão para mudança, isto é, aqueles que não se encontram motivados para mudar seu hábito de beber, obtiveram uma correlação significativa entre as escalas da URICA e o WCST. Quanto menos motivado para mudar seu comportamento o sujeito está, menos categorias ele consegue completar no WCST, mais ensaios leva para conseguir completar a 1ª categoria, fracassa mais em manter uma estratégia e denota dificuldade em aprender com a experiência, o que reforça mais uma vez a importância da flexibilidade mental para mudar um comportamento.

O trabalho é estudo piloto restrito a uma população específica, inserido num projeto maior de pesquisa, mas já aponta para achados relevantes, os quais sugerem a ampliação de pesquisas dentro desta temática.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – DSM- IV - TR*. (4a. Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Arias, J.L., Santin, L.J., & Rubio, S. (2000). Effects of chronic alcohol consumption on spatial reference and working memory tasks. *Alcohol*, 20, 149-159.
- Bechara, A., Dolan, S., Denburg, N., Hindes, A., Anderson, S.W., & Nathan, P.E. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, 39, 376-89.
- Blume, A. W., Marlatt, G. A., & Schmalings, K. B. (2005). Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior. *Addictive Behaviors*, 30(2), 301.
- Calheiros, P. R. V., Oliveira, M. S., & Andretta, I. (2006). Comorbidades Psiquiátricas no Tabagismo. *Aletheia*, 23, 65-74.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C. & Noto, L. (2001). *I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil –2001*. São Paulo: CEBRID.
- Cunha, J. (2000). *Psicodiagnóstico – V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cunha, P.J., & Novaes, M.A. (2004). Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 23-27.
- Daher, C., Berberi, R. & Barody, G. (2003). Effect of acute and chronic moderate alcohol consumption on fasted and postprandial lipemia in the rat. *Science Direct*, 41(11), 1551-1559.
- Diclemente, C C.;Schlundt, B.S.; Gemmell, L. (2004). Readiness and Stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13, 130-119.
- Fein, G., Torres, J., Price, L.J., & Di Sclafani, V. (2006). Cognitive performance in long-term abstinent alcoholics. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 30(9), 1538-1544.
- Figlie, N.B I; Dunn, B.; Laranjeira R. (2004). Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 91-99.
- Heaton, R. K., Chleune, G. J., Taley, J. L., Kay, G. G., & Curtiss, G. (1993). *Wisconsin card sorting test manual (Revised and expanded)*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Holmes, D. S. (1997). *Psicologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jorge, M. R. & Masur, J. (1986). Questionários padronizados para avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 35, 287-292.
- Langlais, P.J., & Ciccio, R.M. (2000). An examination of the synergistic interaction of ethanol and thiamine deficiency in the development of neurological signs and long-term cognitive and memory impairments. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 25, 622-634.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20, 368-375.
- Meyerhoff, D.J., Blumenfeld, R., Truran, D., Lindgren, J., Flenniken, D., Cardenas, V., Chao, L.L., Rothlind, J., Studholme, C., & Weiner, M.W. (2004). Effects of heavy drinking, binge drinking, and family history of alcoholism on regional brain metabolites. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 28(4), 650-661.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2001). *A Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para mudança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.

- Mogen, B.O. (2001). Assessment of neuropsychological functions of alcoholics within an outpatient treatment program. *The Sciences and Engineering*, 62 (4-B),
- Nassif, S. L. S. (Org.); ROSA, J. T. (Org.). *Cérebro, inteligência e vínculo emocional na dependência de drogas*. 1. ed. São Paulo: Vetor Editora, 2003.
- Oliveira, M. S., & Rigoni, M. S. (2005) Avaliação das funções cognitivas. In Werlang, B. S. G., Oliveira, M. S. *Temas em Psicologia Clínica*. Porto Alegre:EDIPUC.
- Pfefferbaum, A., Sullivan, E.V., & Rosenbloom, M.J. (2000). Pattern of motor and cognitive deficits in detoxified alcoholic men. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 25, 611-621.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Raistrick, D., Dunbar, G. & Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 78, 89-95
- Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G. & Sempos, C. (2003). The relationship of average volume and alcohol consumption and patterns of drinking to burden disease: an overview. *Addiction*, 9, 1209-1228.
- Rey, A. (1959). *Test de copie d'une figure complexe (Manuel)*. Paris: Centre de Psychologie Appliquée.
- Rey, A. (1999). *Teste de cópia e reprodução de memória de figuras geométricas complexas: manual. Adaptação e Padronização Brasileira*, (1999), 1º edição; Margareth da Silva Oliveira, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rollnick, S., Kinnnersley, P., & Stott, N. (1993). *Methods of helping patients with behaviourchange*. *BMJ*, 307, 188-190.
- Velicer, W. F., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1996). A criterion measurement model for health behavior change. *Addictive Behaviors*, 21, 555-584.
- Wechsler, D. (1997). *WAIS III- administration and scoring manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. Adaptação e Padronização Brasileira, (2004), 1º edição; Elizabeth Nascimento, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- WHO World health Organization (2007). *World Health Estatistic*. Paris: Library Cataloguing.
- Zhang, L., Welte, J. & Wiczorek, W. (2002). The role of aggression related alcohol expectancies in explaining the link between alcohol and violent behavior. *Substance Use and Misuse*, 37(4), 457-471.
- Zin, S., Stein, R., & Swartzwelder, H.S. (2004). Executive Functioning Early in Abstinence From Alcohol. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 28 (9), 1338-1346.

Recebido em 07/04/2009

Aceito em 22/09/2009

---

**Endereço para correspondência :** Margareth da Silva Oliveira. Programa de Pós Graduação em Psicologia (PUCRS). Av. Ipiranga, 6681, prédio 11, 9º andar, sala 932, CEP 90.619.900. Porto Alegre-RS, Brasil.  
E-mail: [maisarigoni@hotmail.com](mailto:maisarigoni@hotmail.com)

