

NELIANA BUZI FIGLIE

**MOTIVAÇÃO EM ALCOOLISTAS
TRATADOS EM AMBULATÓRIO
ESPECÍFICO PARA ALCOOLISMO E EM
AMBULATÓRIO DE
GASTROENTEROLOGIA - DADOS DO
PROJETO PILOTO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de Medicina
para obtenção do Título de Mestre em Saúde Mental.

SÃO PAULO
1999

Figlie, Neliana Buzi

Motivação em alcoolistas tratados em Ambulatório Específico para Alcoolismo e em Ambulatório de Gastroenterologia - Dados do Projeto Piloto./ Neliana Buzi Figlie.---São Paulo, 1999.

88 p.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria.

Título em inglês: Motivation in alcoholics outpatient in specialised alcoholism and Gastroenterology clinical treatment program

1.Alcoolismo. 2.Tratamento. 3.Motivação.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA

COORDENADOR DA PÓS-GRADUAÇÃO:

Prof. Dr. Jair de Jesus Mari

Professor Titular do Departamento de Psiquiatria
da Universidade Federal de São Paulo –
Escola Paulista de Medicina

CHEFE DO DEPARTAMENTO:

Prof. Dr. Luís Antonio Nogueira Martins

Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria
Da Universidade Federal de São Paulo –
Escola Paulista de Medicina

ORIENTADOR:

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira

Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina

CO-ORIENTADOR:

Prof. Dr. John Dunn

Senior Lecturer in Substance Misuse, Academic Department of Psychiatry
Royal Free & University College Medical School, London - UK

*Para os homens mais importantes da minha vida: meu marido, meu irmão e
meu pai (in memoriam).*

AGRADECIMENTOS

Ao Ronaldo, pela amizade e oportunidades oferecidas, sempre apoiando e confiando em meu trabalho.

Ao John Dunn, pela amizade e segurança das orientações e ensinamentos.

A Maristela Monteiro que me ensinou a gostar da atividade de pesquisa e ao Sergio Tufik, que me motivou a permanecer nesta área.

A toda equipe do ambulatório de Gastroenterologia Clínica do Hospital São Paulo que permitiram a realização deste trabalho.

Aos professores do curso de pós-graduação da UNIFESP pelos ensinamentos transmitidos, em especial ao Prof. Sergio Baxtler.

A todos os colegas da UNIAD que sempre me auxiliaram nas horas difíceis, em especial a Patricia e a Sandra.

As bacharelandas de psicologia Janaina Turisco e Roberta Paya, que auxiliaram na coleta de dados cujo apoio foi imprescindível.

A todos os pesquisadores que se corresponderam comigo e enviaram questionários e artigos essenciais para a construção do meu questionário, em especial ao Prof. Sérgio de Paula Ramos.

A *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo* (FAPESP) pelo suporte financeiro.

Ao meu marido pelas dificuldades de ter a companhia de uma esposa muito exigente e dedicada ao seu trabalho.

A minha família, que sempre torceu por mim e em especial, aos cuidados e atenção de minha mãe.

SUMÁRIO

RESUMO.....	1
ABSTRACT.....	2
I – INTRODUÇÃO	3
1 – Considerações gerais sobre tratamento do alcoolismo.....	3
2 – Motivação.....	4
3- Os Estágios de Mudança.....	7
II – OBJETIVOS.....	13
1. Objetivo Geral	
2. Objetivos Específicos	
III – JUSTIFICATIVA.....	15
IV – MATERIAL E MÉTODOS	16
1. Amostra.....	16
2. Instrumento.....	16
3. Adaptação dos instrumentos não validados.....	19
4. Critérios para eleição da amostra.....	20
5. Análise Estatística.....	21
6. Cuidados Éticos.....	21
V – RESULTADOS	22
VI – DISCUSSÃO	28
1. Amostra.....	28
2. Padrão do consumo alcoólico e enzimas.....	29
3. Nicotina e drogas ilícitas.....	30
4. Qualidade de vida, problemas decorrentes do consumo alcoólico e procura de tratamento.....	31
5. Motivação.....	32
6. Estágios de Mudança.....	33

VII – CONCLUSÃO	34
VIII- PERSPECTIVAS FUTURAS.....	38
IX – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
X – ANEXOS	47
Anexo 1: Questionário.....	48
Anexo 2: Cartões com alternativas de respostas.....	62
Anexo 3: Escalas.....	76
3.1- University of Rhode Island Change Assessment Scale(URICA).....	77
3.2 – The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES).....	80
3.3 – The Drinker Inventory of Consequences (DRINC).....	82
3.4 – The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).....	86
Anexo 4: Termo de Consentimento.....	88

TABELAS

- 1. Distribuição dos dados sócio - demográficos de alcoolistas em tratamento em ambulatório especializado e em ambulatório de Gastroenterologia na UNIFESP – São Paulo, 1999 22**

- 2. Padrão de consumo alcoólico e testes laboratoriais de alcoolistas tratados em ambulatório especializado e em ambulatório de Gastroenterologia na UNIFESP – São Paulo, 1999 24**

- 3. Comparação de medianas das escalas SADD, Fagerström, SF-36 e DrInc entre alcoolistas em tratamento em ambulatório especializado e em ambulatório de Gastroenterologia na UNIFESP – São Paulo, 1999 26**

- 4. Comparação de medianas das escalas SOCRATES e URICA entre alcoolistas em tratamento em ambulatório especializado e em ambulatório de Gastroenterologia na UNIFESP – São Paulo, 1999 27**

FIGURAS

- 1. Modelo da porta giratória dos Estágios de Mudança de Prochaska e DiClemente 10**
- 2. Modelo em espiral dos Estágios de Mudança de Prochaska e col. 10**

RESUMO

O objetivo geral deste trabalho foi traçar o perfil de alcoolistas em dois diferentes tipos de tratamentos ambulatoriais, diferenciando a motivação/estágios de mudança entre pacientes com distúrbios gástricos que procuraram atendimento clínico em hospital geral, de alcoolistas que procuraram atendimento especializado para dependência do álcool. A amostra inicial contou com 45 pacientes do ambulatório de gastroenterologia e 60 pacientes do ambulatório especializado no tratamento de alcoolismo.

O instrumento utilizado foi uma entrevista que continha: dados demográficos; *Short Form Health Survey* (SF-36); *Alcohol Dependence Data Questionnaire* (SADD); *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND); Padrão de consumo de álcool e drogas; *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA); *The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES); *The Drinker Inventory of Consequences* (DrInc) e análise laboratorial de TGO, TGP e GGT.

Não foram encontrados resultados estatísticos significantes que demonstrassem diferenças nas duas amostras em dependência de nicotina, qualidade de vida, análise de testes laboratoriais e consumo de drogas.

O padrão de consumo alcoólico foi maior em quantidade e frequência nos pacientes do ambulatório especializado quando comparado com o padrão de consumo encontrado na gastroenterologia, porém os últimos apresentaram história de consumo mais longa.

Em qualidade de vida as duas populações apresentaram padrão semelhante, diferindo apenas no aspecto de saúde mental ($p = ,0075$), que pode estar relacionado ao fato dos pacientes do ambulatório especializado sofrerem mais as conseqüências e enfrentarem mais problemas decorrentes do consumo alcoólico (DrInc $p = 0,0001$).

Nos resultados da URICA e SOCRATES ambos grupos mostraram semelhanças nos estágios de contemplação ($p = 0,07$), pré - contemplação ($p = 0,06$) e ação ($p = 0,51$). Nas diferenças foi percebida uma certa limitação na postura de relacionar a doença hepática com a doença alcoólica por parte dos pacientes da gastroenterologia, devido aos baixos escores de reconhecimento da doença ($p = 0,0002$), manutenção ($p = 0,01$) e ambivalência ($p = 0,000$).

ABSTRACT

The general objective of this work was to trace patients' profiles in two different types of treatment service, and to compare the stages of change and levels of motivation in alcoholics with gastric diseases who sought clinical treatment in a general hospital outpatient clinic and alcoholics who sought specialized treatment for alcohol dependence. The initial sample had 45 patient from the gastroenterology clinic and 60 patient of the alcoholism program.

The interview schedule consisted of the following: A demographic section; Short Form Health Survey (SF-36); Alcohol Dependence Dates Questionnaire (SADD); Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND); Pattern of consumption of alcohol and drugs; University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA); The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SÓCRATES); The Drinker Inventory of Consequences (DrInc) and biological markers: TGO, TGP and GGT.

No statistically significant differences were found between the samples in relation to nicotine dependence, quality of life life, biological markers of heavy alcohol consumption and pattern of drug use.

The pattern of alcohol consumption was higher in terms of both quantity and frequency in the patients from the specialized alcoholism treatment program when compared patients from the gastroenterology service, although the latter presented with a longer history of alcohol consumption.

In terms of quality of life the two populations presented similar patterns, only differing in the item relating to mental health ($p = ,0075$), which may be due to the fact that patients from the specialized program had suffered more alcohol related consequences and faced more current problems due to their alcohol consumption (DrInc $p=0,0001$).

In both groups the results of the URICA and SÓCRATES scales were similar in terms of contemplation ($p=0,07$), pre-contemplation ($p=0,06$) and action ($p=0,51$). Patients in the gastroenterology clinic did not seem to attribute their hepatic disease with their alcohol dependence, results that can in part be explained by their lower scores of recognition of disease ($p=0,0002$), maintenance ($p=0,01$) and ambivalence ($p=0,000$).

I – INTRODUÇÃO

1 – Considerações gerais sobre tratamento do alcoolismo

O tratamento do alcoolismo tem sido visto como fator desafiador na organização de serviços. Vailant (1999) mencionou dez estudos recentes de acompanhamento de longa duração sobre abuso do álcool, com metodologias diferenciadas, onde em média 44% dos pacientes atingiram a abstinência alcoólica, mas 43% voltaram a ser alcoolistas (Vailant, 1999). Oxford e Edwards (1977) observaram que após dois meses, 55% dos pacientes que receberam tratamento preencheram critérios para o sucesso (menos de 10 dias de ingestão de bebidas em dois meses); em seis meses essa cifra foi reduzida para 35%, e ao término de dois anos, para 20%. Ao final deste estudo, o padrão de consumo alcoólico da amostra não submetida a tratamento foi idêntica à amostra submetida ao tratamento.

Os problemas médicos e sociais relacionados ao álcool são de grande preocupação na maioria das populações do mundo e muitos esforços estão sendo feitos para gerar meios de prevenir e tratar o alcoolismo. Dados dos EUA indicam que apenas 15% dos alcoolistas procuram tratamento especializado; 70% dos aproximadamente 11 milhões de alcoolistas dos EUA são vistos em serviços ambulatoriais gerais a cada 6 meses e quase todas estas visitas são para procurar ajuda médica geral e não a de especialistas em saúde mental (Shapiro et al., 1984). Refletindo sobre estes dados, parece que o desfecho do tratamento está relacionado com a motivação para a modificação do padrão de consumo alcoólico que é inevitavelmente influenciado pela situação física e psicológica do paciente.

A realidade é que o abuso ou a dependência de álcool deixou de ser um problema apenas das pessoas que procuram atendimento especializado e passou a ser um problema de dimensões variadas. Dentre elas, destacam-se: a de saúde pública perante a efetividade de uma rede de serviços que pudesse minimizar as conseqüências do uso/abuso de álcool nas pessoas; e o custo social das pessoas que não procuram tratamento (Laranjeira, 1996). Infelizmente não existem dados disponíveis sobre o custo social do álcool no Estado de São Paulo, mas nos últimos anos, os EUA têm produzido estudos que avaliam este custo (álcool e drogas) em torno de US\$ 100 bilhões, em tratamento psiquiátrico, médico, acidentes, perdas de anos de vida, perda de produtividade, desgaste familiar, entre outros (Rice et al., 1991).

Levantamento realizado pela UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas), no Hospital São Paulo, sobre consumo alcoólico nocivo em pacientes internados através do AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test), constatou que 22% dos homens internados possuíam AUDIT +, com prevalência maior na gastroenterologia (27%). Da amostra total (N=275), 29% apresentaram história progressiva de consumo alcoólico superior ao atual, sendo que destes 52% eram AUDIT positivo. A procura de tratamento especializado para alcoolismo foi de apenas 2,2% da amostra total (Figlie et al., 1997). No mesmo hospital, porém apenas no ambulatório de Nefrologia, Masur et al. (1979) constatou que cerca de 45% dos pacientes masculinos consumiam bebidas alcoólicas de forma potencialmente comprometedoras do ponto de vista orgânico.

2 – Motivação

A linha de terapia cognitiva – comportamental preconiza que a resposta ao tratamento é influenciada pela motivação. Nos últimos anos, um dos maiores expoentes na área de motivação

é William Miller, criador da "Entrevista Motivacional", abordagem de sensível utilidade em variados estágios de tratamento e especialmente útil no auxílio de pessoas com problemas de abuso de substâncias que estejam ambivalentes ou resistentes (Miller,1983).

A palavra motivação vem da raiz latina que significa “mover”, sendo uma tentativa de compreender o que move as pessoas a ter determinadas atitudes (Wards e Tarvis, 1992). É uma série de processos que fazem com que uma pessoa se mova em direção a um objetivo específico. Miller (1985) define a motivação como: "a probabilidade de que uma pessoa inicie, dê continuidade e permaneça num processo de mudança específico”.

Tem ocorrido um considerável debate entre os psicólogos ao longo dos anos sobre a melhor maneira de explicar a complexidade das motivações humanas. O foco inicial nos instintos deu lugar à teoria do impulso (Hull, 1943). Entretanto esta abordagem não explicou totalmente a interação entre os motivos socialmente aprendidos e as necessidades biológicas. O trabalho de Festinger (1975) começou a preencher esta lacuna com idéias sobre equilíbrio e dissonância cognitiva levando a um entendimento dos motivos humanos para organizar e manejar as experiências em termos de um sistema de crenças mais geral. Mais tarde, McClelland (1961) observou que forças como a necessidade de competência, predizibilidade, realização ou poder podiam abastecer a jornada orientada para a conclusão de objetivos determinados.

Dobson (1988) identificou mais de vinte tipos diferentes de terapia cognitiva – comportamental, algumas das quais pareceram ser aplicadas a grupos específicos de problemas. Em uma tentativa de integrar estes tratamentos em uma estrutura de trabalho de processamento de informação, Brewin (1989) sugeriu que existem três tipos de mudanças cognitivas fundamentais: primeiro, os terapeutas podem corrigir concepções errôneas em termos acessíveis para a pessoa. Este procedimento é aplicado em tratamento de transtornos como pânico, sexuais,

insônia, gagueira e outros. O segundo tipo de mudança cognitiva envolve modificar o acesso a memórias situacionais não conscientes, e ela é central por exemplo na abordagem de Beck (1976) para modificar crenças disfuncionais associadas à depressão ou ansiedade generalizada. O terceiro tipo de mudança cognitiva envolve avaliar conscientemente as opções e encorajar a persistência no seu uso. É este último grupo de abordagens cognitivas à tenacidade e mudança comportamental que tem dominado a literatura sobre o tratamento da dependência química. Brewin (1989) descreveu este terceiro grupo de intervenções como aumentando principalmente a motivação para os comportamentos de enfrentamento.

As expectativas de resultado têm sido menos citadas na literatura sobre o tratamento do alcoolismo (Leigh, 1989). Existem crescentes evidências de uma associação entre o balanço das expectativas positivas e negativas e o futuro comportamento em relação ao álcool. Um tipo particular de expectativa de resultado é o efeito placebo e, sem uma menção a ele, qualquer discussão sobre motivação seria incompleta. Ocasionalmente quando intervenções psicológicas bem – sucedidas são comparadas com procedimentos de controle confiáveis, sua superioridade pode desaparecer completamente (Lick e Bootzin, 1975). Russell e colaboradores (1976) descobriram que um programa comportamental tecnicamente incorreto foi tão efetivo para fumantes quanto um programa corretamente implantado. Existem muitas evidências de que as expectativas de resultados são parte de qualquer terapia psicológica, e neste sentido os placebos não podem ser considerados sinônimo de “inerte”.

Outras intervenções adaptadas das teorias cognitivas para a dependência química incluíram aquelas que promovem a auto - regulação , como por exemplo, o auto – treinamento e a resolução de problemas. Estas também contemplaram principalmente o aumento da motivação para os comportamentos de enfrentamento. Consequentemente a maioria das terapias pós –

comportamentais desenvolvidas para as adições envolveu uma certa combinação de explicação, expectativa, estratégias de avaliação das contingências ou de auto – regulação que poderiam ser compreendidas em termos motivacionais (Edwards, 1997).

3- Os Estágios de Mudança

Um estudo analítico realizado por James O Prochaska (1979), nos Estados Unidos da América, teve como meta sistematizar o campo da psicoterapia das dependências, então fragmentado segundo o autor em mais de 300 propostas teóricas. O modelo transteórico foi o produto central da análise comparativa de 29 teorias e modelos relevantes e disponíveis até fins da década de 70 para explicar mudanças no comportamento. Assim o modelo ganhou o seu nome de integração dos princípios e componentes teóricos dos diferentes sistemas de intervenção terapêutica analisados .

Análises complementares destas e outras teorias e modelos do comportamento humano, observações da mudança espontânea e induzida no comportamento de consumidores de tabaco e validações empíricas de propostas de intervenção para facilitar o abandono do consumo de substâncias geradoras de dependência, foram reportadas posteriormente como evidências e conclusões preliminares sobre a natureza dos estágios e processos que subjazem à mudança comportamental (Prochaska e DiClemente, 1982; DiClemente, Prochaska, 1982; Prochaska e DiClemente, 1983).

O modelo Transteórico foi baseado na premissa que a mudança comportamental é um processo e que as pessoas tem diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar, uma perspectiva que permitiu planejar intervenções e programas que atenderam às necessidades particulares dos indivíduos dentro de seu grupo social e contexto organizacional ou comunitário

natural (Prochaska, Velicer, 1997; Glanz et al., 1997; Tessaro et al., 1997; Nutbeam, Harris, 1998; Joseph et al., 1999). Mais recentemente, este modelo começou a ser usado no desenho de intervenções facilitadoras do desenvolvimento de comportamentos saudáveis como o consumo de dietas saudáveis (NI, Margetts, Speller, 1997; Glanz et al., 1994), adoção de práticas esportivas (Prochaska, Marcus, 1994), dentre as mais diversas (Tones, Tilfort, 1994; Coombes, McPherson, 1996; Glanz et al., 1997; Nutbeam, Harris, 1998; Joseph et al., 1999). O modelo é hoje visto como um recurso inovador na área de educação e promoção de saúde, em forte processo de difusão no mundo todo (Joseph et al., 1999; OPAS, 1998; Katz, Peberdy, 1997). É considerado a mais importante inovação na prática da promoção de saúde nos últimos dez anos (O'Donell, 1997; Glanz et al., 1997).

O modelo dos Estágios de Mudança está apoiado em uma série de pressupostos que dizem respeito a natureza da mudança comportamental das características das intervenções que podem facilitar esta mudança (Prochaska, Velicer, 1997). Orientadores da teoria, da pesquisa e da aplicação na prática do Modelo Transteórico, estes pressupostos indicam que:

1. Nenhuma teoria ou modelo responde a todas complexidades da mudança comportamental;
2. A mudança comportamental é um processo que se fundamenta e apresenta uma seqüência de estágios;
3. Os estágios são estáveis, mas abertos a mudanças (fatores de risco);
4. A maioria das populações de risco não estão preparadas para agir e, por isso, não serão beneficiadas pelos tradicionais programas preventivos, informativos ou educativos, orientados a ações em relação à saúde;
5. Sem intervenções planejadas, as populações, grupos ou pessoas permanecem encerrados nos estágios iniciais do processo, sem motivação, nem disposição para se engajar em intervenções ou programas;

6. A prevenção, educação e promoção da saúde podem vir a ter impactos nunca antes experimentados se incorporarem um paradigma de estágios, diferente do clássico paradigma da ação;
7. Processos e princípios específicos de mudança necessitam ser aplicados a estágios específicos, onde as intervenções são desenhadas segundo os estágios de mudança próprios de cada indivíduo ou grupo de pessoas;
8. Padrões comportamentais estão sob uma combinação de fatores biológicos, sociais e de auto – controle;
9. As intervenções e programas precisam mudar de um recrutamento reativo para um recrutamento proativo dos participantes;
10. O desafio é progredir em direção a programas e intervenções de saúde comportamental, de base populacional, com apoio de estratégias individualizadas e interativas e, estratégias que suportem ambientalmente as mudanças esperadas.

Neste contexto, a idéia de que as pessoas progridem através de estágios motivacionais na resolução de um problema (Prochaska e Di Clemente, 1984), tem se mostrado de vital importância para os profissionais que lidam com dependência química. A motivação é um estágio de prontidão para a mudança que pode flutuar de uma situação para outra, sofrendo influência de fatores externos. Esta flutuação determina os diferentes estágios de mudança.

Os estágios de mudança foram descritos primeiramente como uma porta giratória, conforme apresentado na FIGURA 1 (Prochaska e DiClemente,1986). Recentemente, Prochaska e col.(1992) apresentaram um modelo em espiral que possibilita uma ilustração mais fidedigna de como a maioria das pessoas se movimentam através dos estágios, podendo ser observado na FIGURA 2, sendo que este modelo permite ao indivíduo voltar a Pré - Contemplação mais de uma vez, antes de chegar ao término do problema.

Figura 1 – Modelo da porta giratória dos Estágios de Mudança de Prochaska e DiClemente (1986)

Vida livre de adição

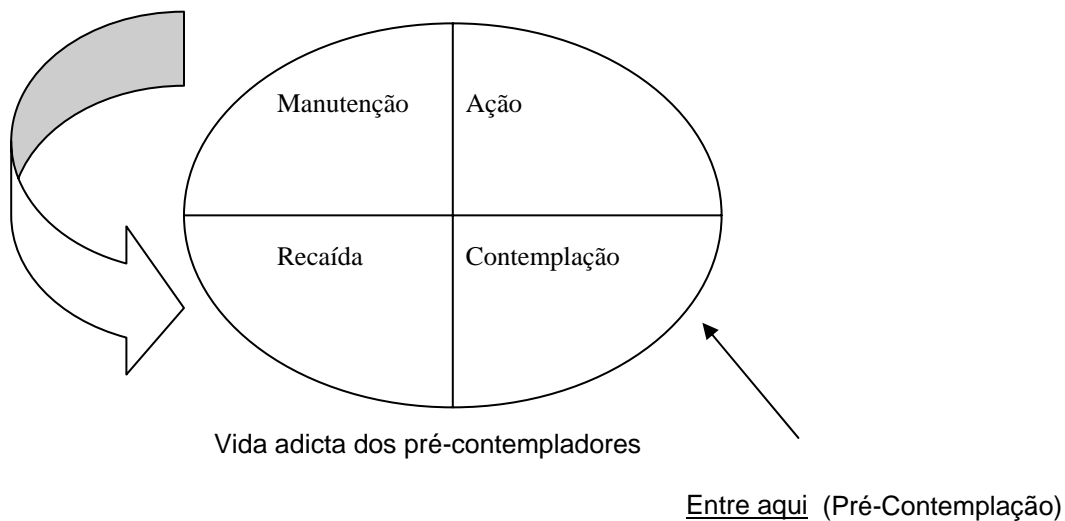
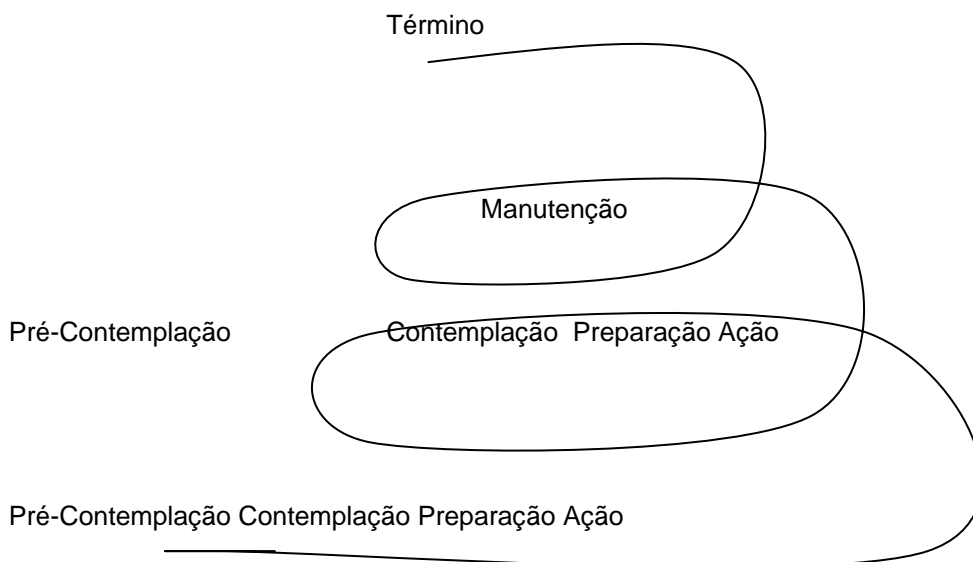


Figura 2 – Modelo em espiral dos Estágios de Mudança de Prochaska e col. (1992)



Prochaska e DiClemente (DiClemente et al., 1991; Edwards e Dare,1997) descreveram os vários estágios de mudança, úteis no entendimento dos comportamentos aditivos. O modelo

teórico tem início com a *Pré-Contemplação*, que é o estágio em que o indivíduo não considera a necessidade de ajuda, não demonstrando consciência suficiente de que tem problemas, embora outras pessoas do seu convívio possam estar cientes disso. Quando a pessoa passa a considerar seu consumo de psicotrópicos como um problema com a possibilidade de mudanças, ela entra no estágio de *Contemplação*. Seguindo para o estágio de *Preparação*, a pessoa começa a construir tentativas para mudar seu comportamento. Neste estágio, geralmente as pessoas são descritas como prontas para a *Ação*. Quando estas tentativas são colocadas em prática, a pessoa encontra-se no estágio de *ação*, ocorrendo uma implementação de planos para a modificação do comportamento aditivo envolvendo tentativas concretas de modificar comportamentos, experiências e/ou o meio ambiente, a fim de superar os problemas da dependência. Geralmente para os dependentes, estes estágios estendem-se de 3 à 6 meses, incluindo o processo de desintoxicação . Finalmente, o sucesso da mudança ocorre no estágio de *Manutenção*, onde a pessoa modifica seu estilo de vida, evitando a recaída, atingindo abstinência e consolidando as mudanças. Estes estágios seguem uma ordem seqüencial, onde a recaída pode estar presente, obrigando novamente o dependente a passar várias vezes pelos estágios de mudança (variação na frequência de acordo com cada caso), antes de atingir a manutenção a longo prazo. A recaída não é considerada como um estágio de mudança, mas como um evento que marca o final do estágio de ação ou manutenção (DiClemente,1993).

Algumas considerações podem ser observadas neste modelo: o movimento progressivo através dos estágios está longe de ser o padrão habitual de mudança; as pessoas que entram em programas formais de tratamento são grupos mais homogêneos do que os que se auto-modificaram na sociedade; este modelo não especifica tempo e sob em quais circunstâncias podem ocorrer a modificação do estágio. Contudo, esta teoria tem se mostrado com potencial aplicabilidade e utilidade no âmbito terapêutico. Dados mostraram aplicações em vários

problemas de comportamento (Prochaska et al., 1994) que envolvem mudanças significativas de vida, propiciando o desenvolvimento de intervenções e técnicas específicas para cada estágio de mudança, sendo útil para melhor compreender como as pessoas mudam e como os profissionais podem melhor assistir as pessoas em cada estágio na modificação do comportamento (Prochaska e DiClemente, in press).

No âmbito de tratamento é essencial que uma avaliação cuidadosa identifique a natureza, os problemas e os objetivos apropriados e possíveis no tratamento. Da mesma forma, o processo de tratamento deve identificar os fatores específicos que vão auxiliar ou dificultar a conquista dos objetivos a serem atingidos. Neste contexto, a motivação é útil para identificar os diferentes fatores que podem ser apropriados aos diferentes estágios de mudança e servir de orientação importante para o terapeuta. Por exemplo, pacientes em estágio de pré - contemplação deveriam ser ajudados a reconhecer e desenvolver consciência de seus problemas em vez de serem diretamente guiados para a abstinência. Os pacientes no estágio da Contemplação mostram-se abertos as intervenções que aumentam a consciência (métodos educacionais e auto - monitoramento), mas são resistentes as orientações diretivas para ação. No estágio de Ação, os pacientes necessitam de ajuda prática com procedimentos de mudança comportamental (DiClemente, 1993).

II – OBJETIVOS:

1. OBJETIVO GERAL:

O objetivo geral deste trabalho foi de traçar o perfil de pacientes em diferentes tipos de tratamentos, diferenciando a motivação/estágios de mudança entre alcoolistas com problemas físicos (distúrbios gástricos) que procuraram atendimento clínico, de alcoolistas que procuraram atendimento ambulatorial especializado para dependência do álcool, objetivando a melhor compreensão desta patologia e intervenções mais efetivas.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Traçar um perfil dos alcoolistas que procuram tratamento especializado e dos que procuram tratamento clínico, determinando:

- Dados sócio – demográficos;
- Grau da qualidade de vida através do Short Form Health Survey (SF-36);
- Grau de dependência de nicotina através do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND);
- Grau de severidade da dependência alcoólica através do Short Alcohol Dependence Data (SADD);
- Estágio de Mudança segundo o modelo proposto por Prochaska e Di Clemente através da University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA);
- Grau de prontidão para mudança/motivação através da The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES);
- História e padrão de consumo alcoólico e consumo de drogas;

- Problemas e conseqüências decorrentes do hábito de beber através The Drinker Inventory of Consequences (DrInc);
- Avaliação laboratorial dos níveis de TGO e TGP para a investigação de comprometimento hepático;
- Avaliação laboratorial do nível de GGT para investigação do consumo alcoólico.

III – JUSTIFICATIVA

- ✓ Existem poucos dados comparativos sobre Motivação e Estágios de Mudança entre alcoolistas que procuraram tratamento clínico em relação aos que procuraram tratamento ambulatorial especializado. No Brasil estes dados são inexistentes.

- ✓ Estes dados podem ter importância no tipo de intervenção que deveria ser oferecida no tratamento do alcoolismo.

IV - MATERIAL E MÉTODOS

1. AMOSTRA:

O estudo foi realizado em Hospital São Paulo / UNIFESP, onde foram pesquisados os pacientes do ambulatório clínico da gastroenterologia e em ambulatório especializado para tratamento de dependência química (UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas), compondo uma amostra de conveniência. A análise dos resultados do estudo piloto contou com 45 pacientes do ambulatório de gastroenterologia e 60 do ambulatório especializado no tratamento de alcoolismo. Vale ressaltar que a amostragem final é de 151 pacientes para cada grupo, com alfa de 5%, beta de 10% e poder de teste de 90%.

2. INSTRUMENTO:

1.1) Foi utilizada uma entrevista estruturada realizada pelo próprio entrevistador, com utilização de cartões com alternativas de respostas para facilitar a compreensão do paciente (anexo 2). Esta entrevista foi realizada na primeira consulta do serviço, com duração média de 1:30 horas.

A entrevista continha a seqüência abaixo descrita:

- ✓ Dados Demográficos: idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar.
- ✓ Short Form Health Survey (SF-36)

Investiga padrão de qualidade de vida através de uma avaliação genérica da saúde não específico para uma determinada doença, idade ou grupo de tratamento (Hayes et al., 1995). Short Form Health Survey (SF-36) é derivado de um questionário com 149 itens desenvolvido e

testado em 22000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde. Em 1991, Ware e colaboradores, iniciaram um projeto de validação internacional deste questionário (Internacional Quality of Life Assessment Project), oficialmente em 14 países, além de 20 outros países (Ware e Sherbourne, 1992).

Este instrumento foi validado no Brasil por Cicconelli (1997) em pacientes portadores de artrite reumatóide, sendo encontrada reprodutibilidade - coeficiente de correlação de Pearson = .44 à .84 (intra - observador) e .55 à .81(inter - observador). A escala conta com 36 itens que avaliam: Aspectos Físicos, Capacidade Funcional, Dor, Estado Geral de Saúde, Aspectos Sociais e Emocionais, Saúde Mental e Vitalidade. Estudo com alcoolistas revelou baixos escores em Capacidade Funcional e Saúde Mental, com efeitos variáveis conforme grau de dependência/abuso, quantidade e frequência (Volk et al., 1997).

✓ Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)

Elaborado por Raistrick et al. (1983) da versão original (ADD) perfazendo 15 itens. Esta escala investiga o grau de severidade da dependência alcoólica em leve, moderada e grave e foi validada no Brasil por Jorge e Masur (1985), apresentando uma correlação do coeficiente de Spearman $r = .81$ e confiabilidade de teste - reteste $r = .90$.

✓ Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)

Desenvolvida por Karl-Olov Fagerström (1978) e depois readaptada por Heatherton e colaboradores (1991) para ter consistência interna superior relacionada com índices bioquímicos do fumar. Consiste em 6 questões referentes ao padrão típico de fumar, possibilitando a classificação da dependência de nicotina em leve, moderada e severa.

✓ Padrão de consumo de Álcool e Drogas

Baseada na entrevista sobre Marcadores Biológicos Estado e Traço do Abuso de Álcool e Alcoolismo - estudo multicêntrico da ISBRA/OMS (Helander e Tabakoff, 1996). As questões investigam o padrão específico do consumo de substâncias em tipo, quantidade e frequência nos últimos 30 dias e período pregresso de consumo superior aos últimos 30 dias.

✓ University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)

Tem como objetivo investigar os estágios de mudança: contemplação; pré - contemplação; ação; manutenção, com consistência interna de .88 à .89 (McConaugh et al.,1983) referente a motivação do paciente que procura tratamento para a modificação de qualquer tipo de problema (Prochaska e DiClemente, 1986).

É composta por 32 itens que inicialmente foram testados em fumantes e posteriormente, com alcoolistas, sendo que estudos tem demonstrado a utilidade na análise do perfil de alcoolistas, mas com presença de subtipos (DiClemente e Hughes, 1990).

✓ The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)

Investiga o grau de Prontidão/Motivação para a realização do tratamento através dos estágios de reconhecimento, ambivalência e ação. Inicialmente foi delineada por Miller (1996) em uma versão com 32 itens, que posteriormente foi comentada por 12 pesquisadores, resultando na versão atual (19 itens), que foi validada no Projeto MATCH, com consistência interna: ação = .83, reconhecimento = .85, ambivalência = .60 e confiabilidade teste - reteste = .82 à .94.

Em estudo de seguimento, tem se mostrado medida consistente do engajamento no tratamento e na tomada de decisão (Isenhart, 1997).

✓ The Drinker Inventory of Consequences (DrInc)

Este instrumento (50 itens) avalia os problemas e conseqüências decorrentes do hábito de beber como um constructo distinto do consumo e dependência nas esferas: física - interpessoal - intrapessoal - controle de impulsos - responsabilidade social. Foi desenvolvido no Projeto MATCH para a descrição de clientes e avaliação do desfecho clínico, onde foi encontrada uma consistência interna = .91 e confiabilidade teste - reteste $r = .94$ (Miller et al., 1995).

3. ADAPTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS NÃO VALIDADOS (URICA , SOCRATES, e DRINC):

As escalas acima especificadas foram traduzidas por dois pesquisadores com domínio do idioma inglês, resultando na primeira versão. Os itens que diferiram na versão foram perguntados nas duas diferentes formas para um grupo de dez alcoolistas, com o objetivo de que os sujeitos indicassem a tradução mais facilmente compreendida, resultando na segunda versão. Esta versão foi reaplicada a outro grupo de dez alcoolistas, visando verificar o grau de compreensão frente a apenas uma alternativa de pergunta, resultando na terceira versão. Esta foi submetida a um comitê composto pela pesquisadora, nativo brasileiro sem conhecimento da língua inglesa, nativo inglês com domínio da língua portuguesa, nativo inglês com pouco domínio do idioma português, todos com conhecimento da doença. O comitê teria por finalidade produzir uma versão final dos instrumentos, baseado nas várias traduções e comparando os resultados de todas as versões entre si, com o objetivo de realizar adaptações culturalmente necessárias. Por fim, a versão final foi aplicada a um outro grupo de alcoolistas com o objetivo de que os entrevistados explicassem o que cada questão perguntava, sendo que cada pergunta contava com cinco respostas de pacientes diferentes. Estas entrevistas foram gravadas e quando a incompreensão

atingiu três pacientes, o item era reformulado, resultando na versão final. Vale ressaltar que não ocorreu em nenhum item a incompreensão por parte de três pacientes.

As questões nº 6, 9, 16, 20, 22 da URICA e nº 13, 14, 19 da SOCRATES foram desmembradas, segundo orientação do comitê, pois nas etapas anteriores deste estudo foi notado que os pacientes tendiam a responder baseados na última frase da pergunta, uma vez que estas questões abordavam mais de um aspecto concomitantemente.

2.2) Instrumento de Rastreamento:

Para detectar os alcoolistas no ambulatório de Gastroenterologia foi utilizado o *The Alcohol Use Identification Test* (AUDIT). Trata-se de um questionário com 10 questões que tem por objetivo identificar bebedores com um consumo nocivo ou dependentes de álcool. Foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (Babor & Grant, 1989), com duração aproximada de 2 à 5 minutos e escores que vão do 0 ao 40, sendo que a pontuação igual ou superior a 8 indica a necessidade de um diagnóstico mais específico. A literatura mostrou a validação do AUDIT com uma sensibilidade de 92% e especificidade de 93% (Saunders et al., 1993; Bohn et al., 1995). No Brasil, foi adotada a versão utilizada em estudo pioneiro sobre a prevalência de consumo nocivo ou dependência através do AUDIT em pacientes internados em hospital geral (Figlie et al., 1997).

4. CRITÉRIOS PARA ELEIÇÃO DA AMOSTRA:

Crítérios de Inclusão: pessoas que efetuaram a procura do tratamento para consumo alcoólico abusivo/dependência ou por danos físicos acarretados pelo consumo alcoólico e que atingiram classificação leve, moderada ou grave no SADD. Somente para os pacientes da

Gastroenterologia, primeiramente foi aplicado o AUDIT e quando o escore era maior ou igual a 8, os pacientes foram submetidos ao SADD.

Critérios de Exclusão: Hepatopatas que não fossem alcoolistas; diagnóstico primário de dependência de outra substância psicotrópica; confusão mental e sexo feminino.

5. ANÁLISE ESTATÍSTICA:

O programa estatístico SPSS foi utilizado para a criação do banco de dados e entrada dos dados coletados com os questionários e exames laboratoriais. A análise estatística das variáveis categóricas ordinais foi feita inicialmente através do teste não paramétrico Mann-Whitney U para amostras independentes da mesma população (alcoolistas) com nível de significância $p < 0,05$. As variáveis numéricas foram analisadas através do Qui-Quadrado .

6. CUIDADOS ÉTICOS

A entrevista foi realizada nos locais de tratamento. Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e assinaram um termo de consentimento de participação (ANEXO 4), sendo garantido o anonimato e sigilo aos participantes, principalmente com relação ao seu tratamento. Os entrevistados foram informados previamente da natureza, conteúdo e destino das entrevistas, além do uso único e exclusivo para finalidade acadêmica.

V – RESULTADOS

Nos dados demográficos não foram encontradas diferenças significantes entre os grupos, conforme mostra a Tabela 1, com exceção da idade ($p=0,001$), cuja média foi 47 anos para os pacientes da gastroenterologia e 40 para os pacientes do ambulatório especializado.

Tabela 1 – Distribuição dos dados sócio-demográficos de alcoolistas em tratamento em ambulatório especializado e em ambulatório de Gastroenterologia na UNIFESP – São Paulo, 1999 (N=105)

<i>Dados Demográficos</i>	<i>Ambulatório Especializado (N=60)</i>	<i>Ambulatório de Gastroenterologia (N=45)</i>	$p \leq 0,05^*$
Idade (desvio padrão)	40 (10)	47 (11)	0,001
Escolaridade: 8ª série Superior	17% (N=10) 15% (N=9)	16% (N=7) 13% (N=6)	-
Cor: branca	70% (N=47)	69% (N=31)	-
Estado Civil: casado amasiado	45% (N=27) 13% (N=8)	56% (N=25) 13% (N=6)	-
Ocupação: Cargos Operacionais Cargos administrativos	25% (N=15) 12% (N=10)	27% (N=12) 22% (N=7)	-
Renda Familiar: 5-10 SM 10-20 SM	30% (N=18) 13% (N=8)	31% (N=14) 18% (N=8)	-
Período de trabalho durante o ano: Integral Parcial	53% (N=32) 27% (N=16)	60% (N=27) 18% (N=8)	-

* Test t e X^2

No ambulatório de gastroenterologia, no período 6 meses, houve 114 pacientes que passaram por consulta pela primeira vez no ambulatório de gastroenterologia, onde 46 obtiveram pontuação maior ou igual a oito no AUDIT. Destes, apenas um caso não foi considerado dependente do álcool pelo SADD (classificação = 0), obtendo a porcentagem total de 40% (N=45) de dependentes de álcool nos pacientes atendidos no período. Os diagnósticos gastroenterológicos prevalentes foram: hepatopatias crônicas de origem alcoólica (N=22 / 49%) e hepatite (N=6/ 13%).

Com relação aos dados do consumo alcoólico nos últimos 30 dias, foi observado que o grupo do ambulatório especializado apresentou índice superior de consumo em termos de quantidade e frequência nos últimos 30 dias (mediana=187 doses) quando comparado com o grupo da gastroenterologia (mediana=0 doses). A duração do consumo atual em semanas foi superior nos pacientes do ambulatório especializado (mediana=48 semanas) perante os pacientes da gastroenterologia (mediana=16 semanas). Quanto ao consumo alcoólico no passado, o grupo do ambulatório especializado apresentou maior índice de consumo em quantidade e frequência (mediana=840 doses) frente ao grupo da gastroenterologia (mediana=300 doses), mas a duração deste consumo foi superior nos pacientes da gastroenterologia (mediana=432 semanas) quando comparados com os pacientes grupo do ambulatório especializado (mediana=240 semanas) – Tabela 2.

Dos pacientes entrevistados foram realizadas coletas de TGO, TGP e GGT para verificação do comprometimento hepático. Os valores estão demonstrados na Tabela 2, sendo não foi encontrada diferença significativa entre os grupos.

Tabela 2 – Padrão de consumo alcoólico e testes laboratoriais de alcoolistas tratados em ambulatório especializado e em ambulatório de Gastroenterologia na UNIFESP – São Paulo, 1999 (N=105)

	<i>Ambulatório Especializado – Mediana (N=65)</i>	<i>Gastroenterologia - Mediana (N=45)</i>	<i>p ≤ .05 *</i>
Total consumido nos últimos 30 dias (doses)	187,3 (70-431)	0 (0-59)	.0000
Duração do consumo atual (semanas)	48 (12-240)	16 (8-32)	.0013
Total mensal em doses no período em que mais bebeu (doses)	840 (320-1515)	300 (178-515)	.0002
Duração do período em que mais bebeu (semanas)	240 (108-456)	432 (144-984)	.0298
<i>GGT</i>	82 (32-208)	85 (57-216)	.4882
<i>TGO</i>	42 (27-56)	48 (31-90)	.1345
<i>TGP</i>	36 (22-66)	37 (23-62)	.8376

* Mann Whitney

Em relação a procura de tratamento para alcoolismo, 18% (N=8) dos pacientes da gastroenterologia e 40% (N=24) do ambulatório especializado procuraram tratamento, sendo os mais freqüentes: Internação (N=10/ 31%) e A.A. (N=8 / 25%).

No consumo de drogas, não foi constatada diferença significativa (p=,2482), sendo que 20% (N=9) dos pacientes da gastroenterologia e 30% (N=18) dos pacientes do ambulatório especializado utilizaram drogas. Não ocorreu uma moda nos pacientes de gastroenterologia em relação ao tipo de droga, sendo que no ambulatório especializado a moda foi a Maconha (N=6 / 33%).

Quanto ao padrão de qualidade de vida, apenas foi encontrada diferença significativa em saúde mental, onde o ambulatório especializado apresentou qualidade inferior (mediana=53) quando comparado ao grupo da gastroenterologia (mediana=68) - Tabela 3.

Com relação a prevalência de fumantes por ambulatórios 55% (N=25) na gastroenterologia e 62% (N=37) no ambulatório especializado foram considerados fumantes; 18% (N=8) na gastroenterologia e 30% (N=18) no ambulatório especializado alegaram não serem fumantes; 27% (N=12) e 8% (N=5) respectivamente disseram estar em abstinência do fumo, sendo que na gastroenterologia foi encontrada uma distribuição bimodal: até 6 meses em abstinência (9% / N=4) e mais de 10 anos (9% / N=4) e nos pacientes do ambulatório especializado, a moda foi até 6 meses em abstinência (3%/N=2). Nos fumantes, em grau de dependência de nicotina não existiu significância estatística de que os resultados fossem diferentes nos dois grupos, sendo a moda para ambos correspondeu a dependência média de nicotina. Contudo, quanto ao nível de dependência alcoólica foi encontrada diferença significativa, onde 63% dos pacientes do ambulatório especializado apresentaram dependência grave (N=38) e na Gastroenterologia, 36% foram considerados leves (N= 16) e 36% foram moderados (N= 16) – Tabela 3.

Com relação aos problemas e conseqüências do hábito de beber, de forma geral foi aceita a hipótese de que o grupo do ambulatório especializado apresentou maiores problemas e conseqüências decorrentes do consumo alcoólico (mediana=4) quando comparado com o grupo da gastroenterologia (mediana=1). Os pacientes do ambulatório especializado apresentaram índice superior de problemas em aspectos físicos, relacionamento interpessoal, relacionamento intrapessoal, controle de impulsos, responsabilidade social quando comparados com os pacientes da gastroenterologia – Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação de medianas das escalas SADD, Fagerström, SF-36 e DrInc entre alcoolistas em tratamento em ambulatório especializado e em ambulatório de Gastroenterologia na UNIFESP – São Paulo, 1999 (N=105)

	<i>Escalas</i>	<i>Mediana Gastroenterologia</i>	<i>Mediana Ambulatório Especializado</i>	<i>p ≤ 0,05*</i>
	SADD	2,5	3	0,0001
	Fargerström	2	2	0,3850
SF-36	Capacidade Funcional	80 (60-90)	85 (65-93,5)	0,1324
	Aspectos Físicos	25 (0-75)	27,5 (0-94)	0,3616
	Dor	62 (47,5-87)	62 (41-84)	0,7224
	Saúde em geral	57 (41-76)	67 (43-77)	0,5684
	Vitalidade	65 (45-80)	60 (35-75)	0,3916
	Aspectos Sociais	62,5 (43,7-87,5)	50 (38-75)	0,0844
	Aspectos Emocionais	66,7 (0-100)	33 (0-67)	0,1740
	Saúde Mental	68 (49-76)	52 (32-72)	0,0075
DrInc	Físico	2 (1-4)	4 (2-6)	0,0232
	Interpessoal	2 (1-4,5)	4,5 (3-6)	0,0006
	Intrapessoal	2 (1-5)	5 (2-5)	0,0003
	Controle de Impulsos	2 (1-2)	2 (1-5)	0,0033
	Responsabilidade Social	1 (1-2,5)	3 (2-5)	0,0001
	Escore Total	1 (1-3,5)	4 (2-6)	0,0001

* Mann Whitney

Quanto a motivação para tratamento, em reconhecimento foi aceita a hipótese de que o grupo do ambulatório especializado apresentou maior índice de Reconhecimento (mediana=20) quando comparado com o grupo da gastroenterologia (mediana=10). Com relação a ambivalência, o grupo do ambulatório especializado apresentou superior ambivalência (mediana=60) quando comparado com o grupo da gastroenterologia (mediana = 40) - Tabela 4.

Nos estágios de mudança, foi encontrada diferença significativa no estágio de manutenção nos pacientes do ambulatório especializado (mediana=40) quando comparado com o grupo da gastroenterologia (mediana=35) - Tabela 4.

Tabela 4 – Comparação de medianas das escalas SOCRATES e URICA entre alcoolistas em tratamento em ambulatório especializado e em ambulatório de Gastroenterologia na UNIFESP – São Paulo, 1999 (N=105)

<i>Escalas</i>	<i>Subescalas</i>	<i>Mediana Gastroenterologia</i>	<i>Mediana Ambulatório Especializado</i>	$p \leq 0,05^*$
SOCRATES	Ação	40 (20-40)	40 (20-40)	0,7580
	Reconhecimento	10 (10-20)	20 (10-30)	0,0002
	Ambivalência	40 (20-60)	60 (50-77,5)	0,0000
URICA	Pré-Contemplação	60 (50-65)	55 (50-65)	0,0638
	Contemplação	25 (25-30)	30 (25-39)	0,0682
	Manutenção	35 (30-40)	40 (31-45)	0,0184
	Ação	45 (42,5-47,5)	42,5 (40-50)	0,5123

* Mann Whitney

VI - DISCUSSÃO

1. *Amostra*

Um dos aspectos importantes deste trabalho é a amostra, uma vez que esta serviu de base para comparação entre os grupos e ao analisar os dados demográficos, foi observada uma certa homogeneidade nas características, apenas ressaltando a idade que nos pacientes da gastroenterologia foi mais elevada frente aos pacientes do ambulatório especializado. Neste sentido, foi refletido que o consumo alcoólico a longo prazo acarreta danos físicos que necessitam de assistência médica e classicamente a cirrose é associada a um longo histórico de alcoolismo (Ball, 1998), que poderia ser uma das razões que explicariam a idade aumentada nos pacientes da gastroenterologia.

O uso inadequado de álcool é a causa mais comum de danos hepáticos no Reino Unido, Estados Unidos e Austrália. A hepatite alcóolica tem apresentado mortalidade de 8% na população geral e 60% durante as 6 primeiras semanas de internação no hospital. A cirrose alcóolica é desenvolvida em 8 a 30% dos bebedores pesados, tipicamente após 10 a 20 anos de beber pesado diário (Griffth, 1999; Mincis, 1992). O índice de mortalidade de pancreatite aguda fica entre 10 e 40% (Imrie, 1996). Chama atenção para uma ação de saúde pública um índice de 40% (N=45) dos pacientes que passaram por consulta pela primeira vez serem dependentes alcoólicos em um ambulatório clínico de hospital geral, em praticamente 6 meses de atendimento. Vale lembrar que foi observada a presença de pacientes alcoolistas em acompanhamento no serviço, mas estes dados não foram pesquisados, pois apenas foram entrevistados pacientes que passaram por consulta pela primeira vez. Fica a questão: qual a real prevalência neste tipo de clientela que procura o tratamento gástrico, mas que apresenta doença primária que necessita ser

assistida, tanto em termos de custos financeiros para o sistema de saúde, como em termos de custo social.

2. Padrão de consumo alcoólico e enzimas

A análise dos resultados dos exames de TGO, TGP e GGT visou obter uma medida não verbal para melhor diferenciar pacientes com problemas físicos relacionados ao álcool. O fato dos resultados serem similares nos dois grupos pode refletir que os danos hepáticos possam ser semelhantes nestas populações. Borini (1991) constatou que em 70% dos 214 homens que foram internados em hospital psiquiátrico para tratamento do alcoolismo, apresentaram hepatomegalia e apenas 8% dos casos não foi encontrado nenhum sinal clínico que pudesse ser atribuído a alteração funcional ou morfológica do fígado. Por outro lado, as pesquisas têm apontado que instrumentos verbais possuem valor quando as pessoas não estão apreensivas ou defensivas, podendo não ser de semelhante valor quando estas tem razões para negar o beber excessivo (Babor et al., in press). Neste sentido vale refletir o fato de ter sido encontrada diferença significativa em dependência alcoólica nos dois grupos, onde os pacientes do ambulatório especializado apresentaram maior severidade de dependência quando comparados com os pacientes da gastroenterologia. Também pode ser questionado quão sinceros foram os pacientes da gastroenterologia ao responder a entrevista, uma vez que a conduta de reportar consumo alcoólico para os médicos gastroenterologistas é altamente conflitante para o paciente pois o consumo alcoólico é contra - indicado durante o tratamento.

O padrão de consumo alcoólico foi diferente nas duas populações. Os pacientes do ambulatório especializado apresentaram um consumo nos últimos 30 dias e a duração deste padrão atual superior quando comparados com os pacientes da gastroenterologia, fato coerente

com a existência de danos hepáticos no último grupo que por ventura poderiam estar impedindo o consumo alcoólico temporariamente.

Interessante notar que os pacientes da gastroenterologia apresentaram uma duração superior do consumo alcoólico no passado quando comparados com os pacientes do ambulatório especializado, fato que pode explicar a presença do dano hepático na atualidade. Porém os pacientes do ambulatório especializado apresentaram uma quantidade superior de álcool ingerida no passado quando comparado com os pacientes que possuem danos hepáticos. Fica a questão do que pode ser mais prejudicial ao organismo: a duração do consumo ou a quantidade de álcool ingerido ? A resposta varia de acordo com cada condição, mas em geral as evidências indicam que o risco de vários danos aumentam na proporção da ingestão alcoólica, mesmo em bebedores sociais, porém a questão do padrão de consumo e risco de dano físico é complexa e não permite um cálculo fácil e “seguro” (Edwards et al., 1999).

3. *Nicotina e drogas ilícitas*

O padrão de dependência de nicotina nos dois grupos demonstrou ser semelhante uma vez que não foi encontrada significância estatística de que os resultados fossem diferentes. Estudos mostram que o hábito de beber intensifica o fumar (Rosengren et al., 1993), sendo que em excesso as bebidas e o fumo causam lesão aguda à mucosa estomacal e o fumo reduz a secreção de substâncias protetoras na parede do estômago, comprovando que a prevalência de úlceras é maior entre os fumantes (Bourliere et al., 1991) e que em aproximadamente 51% dos alcoolistas a causa do óbito decorreu de problemas oriundos da nicotina (Hurt et al., 1996).

O consumo de drogas na atualidade pela população estudada foi relativamente baixo, fato que corrobora com dados de literatura ao analisarmos que 90% do total das internações hospitalares ocorreram por álcool enquanto que as internações pelas demais drogas restringiram-

se apenas a 5% da amostra estudada (Noto e Carlini, 1995). Atualmente, no Brasil, o álcool é responsável por mais de 90% das internações hospitalares por dependência, além de aparecer em cerca de 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas, porém nem mesmo o consumo da população geral é conhecido (Galduróz et al., 1997). É estimado que 15% da brasileira é dependente do álcool (Almeida F.º et al., 1992), sendo uma das drogas que mais danos traz a sociedade.

4. Qualidade de vida; problemas decorrentes do consumo alcoólico e procura de tratamento

Ao observar a qualidade de vida chamou atenção o fato das duas populações possuírem um padrão semelhante, diferindo apenas no aspecto de saúde mental, que pode estar relacionado ao fato dos pacientes do ambulatório especializado sofrerem mais as conseqüências e enfrentarem mais problemas decorrentes do consumo alcoólico conforme os resultados encontrados na DrInc.

Os problemas e conseqüências do hábito de beber foram de forma geral acentuados no grupo de pacientes do ambulatório especializado. Wodak et al. (1983) mostrou que pacientes que desenvolveram alguma doença hepática geralmente são menos dependentes do álcool, enfrentam menos problemas sociais e psicológicos e bebem por mais anos do que os pacientes que não desenvolveram doença hepática, achados que foram encontrados na presente pesquisa.

Quanto ao tratamento, 18% (N=8) dos pacientes da gastroenterologia e 40% (N=24) dos pacientes do ambulatório especializado procuraram tratamento para alcoolismo, sendo os mais freqüentes: Internação (N=10/ 31%) e A.A. (N=8 / 25%). Chama atenção o fato de 82% de pacientes que adquiriram dano hepático de etiologia alcoólica nunca terem procurado tratamento para alcoolismo, reforçando a idéia encontrada na literatura de que apenas 15% procuram tratamento especializado para alcoolismo (Shapiro et al., 1984). Em contra partida, Rumf et al.

(1998) constatou em uma amostra representativa de hospital geral (N=1167) que 38% dos alcoolistas não haviam recebido nenhum tipo de tratamento para dependência alcoólica e que 72% não procuraram tratamento no último ano antes da internação, sendo que 85% estavam nos estágios de Contemplação ou Ação e que a procura de tratamento prévia não comprovou relação significativa com os estágios de mudança. Ou seja, em termos de prognóstico, se faz necessário oferecer um tratamento adequado às necessidades do paciente e não da instituição, uma vez que a realização de tratamentos prévios não causa influência no prognóstico, mas sim o tratamento propriamente dito.

5. Motivação

De modo geral, as variáveis acima descritas foram pesquisadas com o objetivo de delinear o perfil de alcoolistas com presença ou ausência de dano hepático, a fim de verificar o quanto importante é o processo de motivação na mudança do hábito de beber nestas populações. A motivação foi avaliada enquanto processo em: reconhecimento, ambivalência e ação. Foi observada a não significância estatística no estágio de ação, que seria a fase em que a pessoa estaria envolvida no processo de modificação do comportamento de beber, ou seja, as duas populações apresentaram esta característica semelhante que é extremamente necessária para o sucesso no tratamento. Ao avaliar o reconhecimento do alcoolismo, os pacientes do ambulatório especializado apresentaram índice baixo de reconhecimento quando comparado com o grupo da gastroenterologia que demonstrou nível muito baixo. Todavia, embora com a existência de diferença estatística, ambos os escores são avaliados em termos de que o álcool causa sérios problemas, mas que o diagnóstico como bebedor – problema ou alcoolista é rejeitado pelo paciente. O índice médio de Ambivalência encontrado nos pacientes do ambulatório especializado indicou propensão a refletir sobre o hábito de beber de maneira ambígua, enquanto

que no grupo da gastroenterologia que obteve nível baixo, indicou pequena disponibilidade de reflexão sobre o beber. Vale ressaltar que a ambivalência deve ser compreendida e trabalhada pelo profissional de saúde como sendo a meta central da entrevista motivacional para propulsionar o cliente nos diferentes estágios de mudança (Miller, 1991).

6. Estágios de Mudança

Na avaliação da fase em que o paciente se encontra no processo de mudança através dos estágios de pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção, foi encontrada diferença estatística somente no estágio de manutenção, onde os pacientes do ambulatório especializado denotaram nível médio quando comparados com os pacientes da gastroenterologia que apresentaram nível baixo, o que equivaleria dizer que os pacientes do ambulatório especializado estariam mais propensos a uma modificação frente ao hábito de beber do que os pacientes da gastroenterologia, que referiram abstinência alcoólica. A partir do exposto pode ser observado que os hepatopatas apresentaram o objetivo de manter a abstinência, mas não de modificar o hábito de beber uma vez que não foi encontrada resultado significante em ação.

VII – CONCLUSÃO

O uso disfuncional de álcool é responsável por uma série de problemas pessoais, financeiros e profissionais (National Heart Foundation, 1980 e 1985; Saunders, 1986; Commonwealth Department of Health, 1985). Durante algum tempo, os profissionais estudaram a procura de tratamento em alcoolistas como um processo individual, onde a motivação era vista como uma entidade intrínseca e imutável expressada através do comportamento de querer ou não modificar o hábito de beber. No entanto, sem o entendimento dos antecedentes do processo de motivação, antes da procura formal de tratamento, o conceito de motivação pode ser usado de forma errônea e inadequada. Aspectos sociais, pessoais, traços culturais e determinados tipos de tratamento podem influenciar na procura de tratamento, bem como doenças físicas e conseqüências sociais, sendo as últimas com maior influência na procura de tratamento (Hingson et al., 1982; Thom, 1986; Hajema, 1999).

Ao analisar os resultados de forma geral, pode ser observado que as duas populações estudadas apresentaram semelhança no estágio de ação nos resultados da URICA e SOCRATES. Nas diferenças foi percebida uma certa limitação na postura de relacionar a doença hepática com a doença alcoólica por parte dos pacientes da gastroenterologia, devido aos baixos escores de reconhecimento da doença, manutenção e ambivalência. Quanto aos escores de Contemplação e Pré-Contemplação, os resultados sugerem que em uma distribuição normal possa ocorrer diferenças significantes entre os dois grupos, onde os pacientes da Gastroenterologia apresentariam escores maiores em Pré-Contemplação e os pacientes do ambulatório especializado escores maiores em Contemplação, hipóteses esperadas uma vez que o paciente que procura o

tratamento em saúde mental passou pela avaliação dos aspectos positivos e negativos do consumo e o paciente do ambulatório clínico não considera seu hábito de beber como um problema.

Hingson (1982) apontou que uma das maiores razões da evitação do tratamento em alcoolistas era a crença de que o problema com a bebida não era sério. Thom (1986) observou que a maioria dos bebedores pesados beberam por mais de cinco anos antes de procurar ajuda. Em estudo na população geral sobre barreiras na procura de tratamento para alcoolismo foram identificadas ausência de confiança e efetividade do tratamento, estigmatização e negação (Grant, 1997). Neste contexto, a motivação necessita ser redefinida como um conceito útil não apenas para levar a pessoa ao tratamento, mas como um modelo que necessita saber aonde o cliente está e quais são os motivos tanto para a procura, quanto para a não procura de tratamento, ao levantar a questão de que os alcoolistas estudados no ambulatório de Gastroenterologia não reconheceram seu beber como nocivo.

Evidências mostraram que alcoolistas diferem quanto ao padrão de beber, severidade da dependência, predisposição genética, traços de personalidade, antecedentes de desordens psiquiátricas e conseqüências físicas. Vários estudos foram realizados desde 1850 até a atualidade com o objetivo de efetuar uma classificação dos diferentes tipos de alcoolistas segundo sua etiologia, com vistas a melhorar o tratamento e progredir no entendimento teórico do alcoolismo e suas conseqüências (Carpenter, 1850; LeGrain, 1889; Kerr, 1893; Triboulet and Mathieu, 1900; Crothers, 1911; Wingfield, 1919; Knight, 1938; Bowman and Jellinek, 1941; Jellinek, 1960; Frances et al., 1980; Morey and Skinner, 1986; Cloninger, 1987; Zucker, 1987; Buydens-Branchey et al., 1989; Babor et al., 1992). Daí a importância do conceito de “treatment matching” (Babor, 1996) onde determinados tipos de alcoolistas seriam locados de acordo com suas necessidades em determinados tipos de tratamento, incrementando a efetividade, sendo que a

SOCRATES e a URICA poderiam ser utilizadas como um tipologia psicométrica no sentido de garantir a efetividade de intervenções motivacionais durante o tratamento (Allen, 1996).

Farid et al. (1998) estudou o comportamento frente a saúde de bebedores com e sem doença hepática e constatou que os pacientes que possuíam doença hepática eram um grupo de pacientes com limitações de "insight" entre seu comportamento e seu posicionamento perante a saúde. Neste contexto, pode ser percebida a necessidade de intervenções terapêuticas na área de dependência química na população que busca apenas o tratamento clínico, uma vez que o aconselhamento de pacientes com doença hepática alcoólica tem sido benéfico para a maioria dos pacientes que a recebem (Blen et al., 1993) e que a maior parte dos alcoolistas são vistos em ambulatórios ou hospitais, necessitando diferentes formas de intervenção no trato com este tipo de paciente.

Neste sentido, a utilização de intervenção breve baseada na Entrevista Motivacional tem mostrado eficácia (Bien et al., 1993). Este método preconiza a utilização de um menu de estratégias onde o entrevistador determina a técnica de acordo com a prontidão para a mudança do paciente. Cada estratégia apresenta duração de 5 a 15 minutos, visando o fornecimento de informações que valorizam a liberdade de escolha do paciente (Rollnick et al., 1992). Os tipos de intervenção variam, mas freqüentemente incluem material de leitura ou simples conselhos ou informações. Uma série de estudos realizados examinou o uso de materiais de auto-ajuda para bebedores pesados e concluiu sua efetividade (Miller et al., 1981). No Reino Unido, Heather e colaboradores (1986) avaliaram o impacto de um manual semelhante e descobriram que os bebedores que haviam recebido o manual tinham reduzido significativamente o consumo e relatado menos problemas com o álcool do que o grupo controle. Tais métodos enfatizaram o auto-monitoramento de beber e do auto-controle com treinamento do auto reforço (Miller e Hester, 1980).

Grandes estudos sobre intervenções breves tem sido realizados pela Organização Mundial da Saúde. Babor e Grant (1991) realizaram um experimento clínico multicêntrico com 1490 pacientes recrutados de 8 centros, sendo que 75% foram seguidos subsequentemente. Este experimento investigou o impacto dos conselhos simples e aconselhamento breve no consumo de álcool com o objetivo de detectar e intervir no caso das pessoas com um consumo prejudicial. As intervenções variaram de 5 a 20 minutos de aconselhamento e produziram uma redução significativa no consumo de álcool. Outro estudo que avaliou simples aconselhamento e intervenção breve na rede primária de saúde em 1260 homens e 299 mulheres que foram alocados em grupo controle, grupo de aconselhamento simples e grupo de intervenção breve (WHO, 1996), comprovou que 17% dos pacientes diminuiram seu consumo diário de álcool quando comparados com o grupo controle e, 5 minutos de aconselhamento foi tão efetivo quanto 20 minutos de intervenção breve, concluindo que este tipo de intervenção mostrou efetividade independentemente de características socioculturais.

Finalizando, existe um amplo espectro de atuações possíveis no tratamento do alcoolismo. No entanto é preciso intervir não só nas pessoas que procuram tratamento especializado, que infelizmente acabam sendo minoria. Um aconselhamento breve pode ser tão efetivo para a população que procura tratamento clínico quanto um tratamento formal e, esta efetividade depende do grau de motivação. Daí a necessidade de uma avaliação cuidadosa que identifique a natureza, os problemas e os objetivos apropriados e possíveis no tratamento, concernentes a cada tipo de paciente.

VIII – PERSPECTIVAS FUTURAS

Este estudo terá prosseguimento com vistas a completar a amostra de 151 alcoolistas em cada grupo, totalizando 302 pacientes, com o objetivo de:

- ✓ realizar inferências estatísticas paramétricas;
- ✓ estudar a validade de constructo do conceito de motivação/estágios de mudança através da análise fatorial das escalas SOCRATES e URICA. O conceito de motivação tem sido amplamente utilizado em dependência química na organização de tratamentos. Apesar da utilização, sua validade enquanto constructo precisa ser melhor substanciada do ponto de vista empírico, sendo que este conceito nunca foi avaliado em nosso meio e sempre fica a dúvida de que possa ser aplicado para a realidade brasileira.

IX- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALLEN, J.P. Subtypes of alcoholics based on psychometric measures. *Alcohol Health & Research Word*, 20 (1): 24-29, 1996.

ALMEIDA, F.º, N; MARI J.J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLI, S.B.; BUSNELLO, E.D.A. Estudo Multicentrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas. *Rev. ABP-APAL*, 14:93-104, 1992.

BABOR, T.F. ; GRANT, M. Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems: Report on Phase II. A randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care. Geneva: World Health Organisation.

BABOR, T.F. ; HOFMANN, M.; DEL BOCA, F.; HESSEL-BROCK, V.; DOLINNSKY, Z.; ROUNSAVILLE, B. Types of alcoholics, I: Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49: 599-608, 1992.

BABOR, T.F. The classification of alcoholics: typology theories from the 19th century to the present. *Alcohol Health & Research Word*, 20 (1): 6-14, 1996.

BABOR, T.F.; KRANZLER, H.R.; LAUERMAN, R..J. *Addict Behaviour* (in press)

BALL, J. *Compreendendo as doenças – Pequeno Manual do Profissional de Saúde*. São Paulo, Ágora, 1998.

BECK, A.T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press, 1976.

BIEN, T.H.; MILLER, W.R.; TONIGAN, J.S. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88(3): 315-335, 1993.

BOHN, M.J.; BARBOR, T.F.; KRANZLER, H.R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 1995; 56(4):423-431.

BORINI, P. Avaliação do envolvimento hepático em alcoolistas crônicos assintomáticos ou oligossintomáticos. *GED*, 10(3):95-104, jul/set 1991.

BOURLIERE, M.; BARTHER, M.; BERTHEZENE, P.; DURBEC, J.P.; SARLES, H. Is tobacco a risk factor for chronic pancreatitis and alcoholic cirrhosis ? *GUT*, 1392-1405, 1991.

BOWMAN, K.M.; JELLINEK, E.M. Alcohol addiction and its treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 2:98-176, 1941.

BREWING, C. Cognitive Change Process in psychotherapy. *Psychological Review*, 96: 379-394, 1989.

BUYDENS-BRANCHEY, L.; BRANCHEY, M.H.; NOUMAIR, D. Age of alcoholism onset, I. Relationship to psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 46: 231-236, 1989.

CARPENTER, W.B. On the use and abuse of alcoholic liquors in health and disease. Philadelphia, PA: Lea and Blanchard, 1850.

CICCONELI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey”. São Paulo, 1997, 120p. Dissertação (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo.

CLONINGER, C.R. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236: 410-416, 1987.

COOMBES, Y.; MCPHERSON, K. Review of health related models of behaviour change: a report prepared for the Department of Health in England. London: Health Promotion Sciences Unit of London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1996.

CROTHERS, T. Inebriety: A clinical treatise on the etiology, symptomology, neurosis, psychosis and treatment. Cincinnati: Harvey Publishing Co., 1911.

COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH. Statistics on drug abuse in Australia (Canberra, Australian Government Public Service), 1985.

DICLEMENTE, C.C; PROCHASKA, J.O. Self change and therapy change of smoking behaviour. *Addict Behaviour* 7:133-142, 1982.

DICLEMENTE, C.C; HUGHES, S.O. Stages of Change Profile in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2(2):217-235, 1990.

DICLEMENTE, C.C; PROCHASKA, J.O; VELICER, W.F; FAIRHURST, S; ROSSI, J.S.; VELAQUEZ, M. The process of smoking cessation: an analysis of the precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59:295-304, 1991.

DICLEMENTE, C.C. Changing Addictive Behaviours: A Process Perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 2(4): 101-106, 1993.

DOBSON, K.S. Handbook of Cognitive – Behavioural Therapies. New York: Guilford Press, 1988.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.H. O Tratamento do Alcoolismo. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999.

EDWARDS, G.; DARE, C. Psicoterapia e Tratamento das Adições. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

FIGLIE, N.B.; PILLON, S.C.; LARANJEIRA, R.R.; DUNN, J. O *AUDIT* identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral ?. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46(11):589-593, 1997.

FARID, B.; CLARK, M.; WILLIAMS, R. Health Locus in Problem Drinkers with and without Liver Disease. *Alcohol & Alcoholism*, 33(2): 184-187, 1998.

FRANCES, R.J.; TIMM, S.; BUCKY, S. Studies of familial and non-familial alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 37: 564-566, 1980.

GALDURÓZ, J.F.; NOTO, A.R.; CARLINI, E.A. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras. Univ. Federal de São Paulo – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo, 1997.

GLANZ, K. et.al. Stages of change in adopting health diets. *Health Education Q*, 21: 499-519, 1994.

GLANZ, K. ; LEWIS,F.; RIMER,B. Health behaviour and health education: theory, research and practice. 2nd ed. San Francisco (CA): Jossey Bas, 1997.

GRANT, B.F. Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(4): 365-371, 1997.

HAJEMA, K.J.; KNIBBE, R.A.; DROP, M..J. Social resources and alcohol-related losses as predictors of help seeking among male problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(1): 120-129, 1999.

HAYES,V.; MORRIS, J.; WOLF, C.; MORGAN, M. The SF-36 Health Survey Questionnaire: Is it suitable for use with older adults?. *Age Ageing*, 24:120-125,1995.

HEATHERTON, T.F.; KOZLOWSKI, L.T.; FRECKER, R.C.; FAGERSTROM, K.O. The Fagerström Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86:1119-1127, 1991.

HELANDER, A.; TABAKOFF, B. and WHO/ISBRA Studies Center. Biochemical Markers of Alcohol use and Abuse: Experiences from the pilot study of the WHO/ISBRA collaborative project on state and trait markers of alcohol. *Alcohol & Alcoholism*, 32(2): Special Article, 1996.

HINGSON, R.; MANGIONE, T.; MEYERS, A.; SCOTH, N. Seeking help for alcohol problems: a study in the Boston metropolitan area. *Journal of studies on Alcohol*, 43: 273-288, 1982.

- HULL, C. Principles of Behaviour. New York: Appleton – Century – Crofts, 1943.
- HURT, R.D.; OFFORD, K.P.; CROGHAN, I.T.; GOMEZ-DAHL, L.; KOTTKE, T.E.; MORSE, R.M.; MELTON, L.J. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA*, 275(14):1097-103, 1996.
- IMRIE, C.W. Diseases of the pancreas : acute pancreatitis. In: *Oxford Text Book of Medicine*, ed. Weatherall, D.J., Ledingham J.G.G.; Warrell D.A., 3^a ed., vol.2: 2027-2034. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- ISENHART, C.E. Pre-treatment Readiness for Change in Male Alcohol Dependent Subjects: Predictors of One-Year follow-up Status. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(4): 351- 357, 1997.
- JELLINEK, E.M. Alcoholism: A genus and some of its species. *Canadian Medical Association Journal*, 83: 1341-1345, 1960.
- JORGE, M.R.; MASUR, J. The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. *Br J. Addict*, 80: 301-305, 1985.
- JOSEPH, J.; BRESLIN, C.; SKINNER, H. Critical perspectives on the transtheoretical model and stages of change. In: TUCKER, J.; DONAVAN, D.; Marlatt, A. *Changing addictive behaviour*. New York: Guilford, p. 160-190, 1999.
- KATZ, J.; PEBERDY, A. *Promoting health: knowledge and practice*. London: Macmillan, 1997.
- KERR, N. *Inebriety and narcomania*. London: H.K. Lewis, 1983.
- KNIGHT, P.R. Psychoanalytic treatment in a sanatorium of chronic addiction to alcohol. *Journal of the American Medical Association*, 111: 1443-1448, 1938.
- FAGERSTRÖM, K.O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualisation of treatment – *Addictive Behaviours*, 3:235-241, 1978.
- LARANJEIRA, R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(4):191-196,1996.
- LEGRAIN, P.M. *Hérédité et Alcoolisme*. Paris: Dion, 1889.
- LEIGH, B.Cc. In search of seven dwarves: issues of measurement and meaning in alcohol expectancy research. *Psychological Bulletin*, 105 (3): 361-373.
- MASUR, J.; TUFIK, S.; RIBEIRO, A.B.; SARAGOÇA, A.S.; LARANJEIRA, R.R. Consumo de álcool em pacientes de hospital geral: um problema negligenciado ?. *Ver Ass Med Brasil*, 25(9):302-305, 1979.
- MCCONNAUGHY, E.A.; PROCHASKA, J.O.; VELICER, W.F. Stages of change in psychotherapy: measurement and samples profiles. *Psychotherapy*, 20:368-375, 1983.

- MCCONNAUGHY, E.A.; DICLEMENTE, C.C.; PROCHASKA, J.O.; VELICER, W.F. Stages of change in psychotherapy: a follow-up report. *Psychotherapy*, 26:494-503, 1989
- MCCLELLAND, D.C. *The Achieving Society*. New York: Free Press, 1961.
- MILLER, W.R.; HESTER, R. Treating the problem drinkers: modern approaches. In: Miller, W.R. ed. *The Addictive Behaviours*, pp. 11-141. Oxford: Pergamon.
- MILLER, W.R.; GRIBOSKOV, C.; MORTEL, R. The effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact. *International Journal of the Addictions*, 16: 829-839, 1981.
- MILLER, W.R. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11:147-172, 1983.
- MILLER, W.R. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98:84-107, 1985.
- MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. *Motivational Interviewing – preparing people to change addictive behaviour*. New York: The Guilford Press, 1991.
- MILLER, W.R.; TONIGAN, J.S. Assessing Drinkers' Motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychiatry Addict Behaviour*, 10(2):81-89, 1996.
- MILLER, W.R.; TONIGAN, J.S.; LONGABAUGH, R. *The Drinker Inventory of Consequences (DrInc) an Instrument for Assessing Adverse Consequences of Alcohol Abuse*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism & Project MATCH Monograph Series Volume 4, 1995.
- MINCIS, M. Doença Hepática Alcoólica: Atualização 1992. *Revista do Hospital São Paulo – Escola Paulista de Medicina*, 4(1/4): 23-31, 1992.
- MOREY, L.C.; SKINNER, H. A. Empirically derived classifications of alcohol-related problems. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*. Vol. 5. New York: Plenum Press, pp. 145-168, 1986.
- NATIONAL HEART FOUNDATION. *Risk Factor Prevalence Study. Report nº 1* (Canberra, National Heart Foundation), 1980.
- NATIONAL HEART FOUNDATION. *Risk Factor Prevalence Study. Report nº 2* (Canberra, National Heart Foundation), 1985.
- NI, M.; MARGETTS, B.; SPELLER, V. Applying the stage of change model to dietary change. *Nutrition Reviews*, 51:10-16, 1997.

NOTO, A.R; CARLINI, E. A.A . Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987-1993). Rev ABP-APAL 17(3): 107-114, 1995.

NUTBEAM, D.; HARRIS, E. Theory in Nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion. Sydney: National Centre for Health Promotion, 1998.

O'DONELL, M. The transtheoretical model of health behaviour change. [editorial . American Journal of Health Promotion 12:4, 1997.

[OPS] Organizacion Panamericana de Salud. La aplicacion de teorias y tecnicas de las ciencias sociales a la promocion de la salud. Ver Panam Salud Publica, 4:142-148, 1998.

ORFORD, J; EDWARDS, G. Alcoholism. New York: Oxford University Press, 1977.

PROCHASKA, J.O. Systems of psychoteraphy: a transtheoretical analysis. Homewood (IL): Dorsey, 1979.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. Transactional Therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research and practice, 19:276-288, 1982.

PROCHASKA, J.O; DICLEMENTE, C.C. Stages and process of self – change of smoking : toward an integrative model of change. Journal of Consult Clinical Psychology, 51:390-395, 1983.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy. New York: Dow-Jones Irwin, 1984.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. Toward a comprehensive mode of change. In: MILLER, W.R; HEATHER, N. Treating addictive behaviours: process of change, NY, Plenum, p 3-27, 1986.

PROCHASKA J.O.; DICLEMENTE, C.C. Stages of Change in the Modification of Problem Behaviours. In press: Progress in Behaviour Modification.

PROCHASKA J.O. et.al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviours. Health Psychology, 13(1): 39-46, 1994.

PROCHASKA, J.O.; MARCUS, B. The transtheoretical model: applications to exercise. Chapter 6. In: DISHMAN, R. Advances in exercise adherence. Champaign (IL): Human Kinetics, p.161-180, 1994.

PROCHASKA J.O.; VELICER W.F. The transtheoretical model of health behaviour change. American Journal Health Promotion, 12:38-47,1997.

RAISTRICK, D.; DUNBAR, G.; DAVIDSON, R. Development of questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 78: 89-95, 1983.

RICE, D.P. et al. The economic cost of alcohol abuse. *Alcohol Health & Research World*, 15(4):307-317, 1991.

ROLLNICK, S.; HEATHER, N.; BELL, A. Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1: 25-37, 1992.

ROSENGREN, A.; WILHELMSEN, L.; WEDEL, H. Separate and combined effects of smoking and alcohol abuse in middle-aged men. *Acta Medica Scandinavica*, 223:111-118, 1993.

RUMPF, H.J.; HAPKE, U.; JOHN, U. Previous help seeking and motivation to change drinking behaviour in alcohol – dependent general hospital patients. *General Hospital Psychiatry*, 20(2): 115-119, 1998.

RUSSEL, M.; ARMSTRONG, E.; PATEL, U. Temporal continuity in electric aversion therapy for cigarette smoking. *Behaviour Research and Therapy*, 14: 103-123, 1976.

SAUNDERS, J.B. Changing perspectives on alcohol and drug problems. *Australian Alcohol and Drug Review*, 5:41-45, 1986.

SAUNDERS, J.B.; AASLAND, O.G.; BABOR, T.F.; DE LA FUENTE JR, GRANT M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. Part II. *Addiction* 1993; (88):791-804.

SHAPIRO, S.; SKINNER, E.A.; KESSLER, L.G.; VON KORFF, M.; GERMAN, P.S.; TISCHLER G.L.; LEAF, P.J.; BENHAM, L.; COTTLER L.; REGIER, D.A. Utilization of health and mental health services. Three Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry* 41:971-978, 1984. *Archives of General Psychiatry*, 41(10):971-8. 1984 .

TESSARO, I.; LYNA, P.; RIMER, B.; HEISLER, J. Readiness to change smoking behaviour in a community health centre population. *Journal Community Health*, 22:15-32, 1997.

THOM, B. Sex differences in help-seeking for alcohol problems: The barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction*, 81: 777-787, 1986.

TONES, K.; TILFORD, S. *Health Education: effectiveness, efficiency and equity*. 2nd ed. London: Chapman & Hall, 1994.

TRIBOULET, H.; MATHIEU, F. *L' alcool et L'alcoolisme*. Paris: Carre et Naud, 1900.

VAILANT, G.E. A História Natural do Alcoolismo Revisitada In: *A História Natural do Alcoolismo* - págs 103-181. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999.

VOLK, R.J. Alcohol Disorders, consumption patterns and health related quality of life of primary care patients. *Alcohol Clinical Experimental Research*, Aug 21(5):899-905, 1997.

WADE, SK; TARVIS, C. *Psychology*. New York: Harper Collins, 1993.

WARE, J.E; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short form health survey (SF36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30:473-483,1992.

WHO BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP. A cross - national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal Public Health*, 86(7): 948-955, 1996.

WINGFIELD, H. *The forms of alcoholism and their treatment*. London: Oxford University Press, 1919.

WODAK, A.D; SAUNDERS, J.B; EWUSHI-MENSAH, L; DAVIES, M; WILLIAMS, R. Severity of alcohol dependence in patients with alcoholic liver disease. *British Medical Journal*, 287: 1420-1422, 1983.

ZUCKER, R.A. The four alcoholism's: A developmental account of the etiologic process. In: Rivers, P.C.; Lincoln, N.B., eds. *Alcohol and Addictive Behaviour*. University of Nebraska Press, pp. 27-83, 1987.

X - ANEXOS:

ANEXO 1 - Questionário
ESTUDO DA MOTIVAÇÃO EM PACIENTES TRATADOS EM AMBULATÓRIO
ESPECÍFICO PARA ALCOOLISTAS E EM AMBULATÓRIO DE
GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL SÃO PAULO - EPM – UNIFESP

N.º do Voluntário: _____

I- DADOS DEMOGRÁFICOS

1-Idade : _____

2-Sexo: Masculino

3-Cor :

(1) Branco

(3) Pardo

(2) Preto

(4) Amarelo

4-Estado Conjugal :

(1) Solteiro

(3) Divorciado/Separado

(5) Amasiado

(2) Casado

(4) Viúvo

5-Escolaridade :

(1) Analfabeto

(2) 1º grau incompleto – Especificar série: _____

(3) 1º grau completo

(4) 2º grau incompleto– Especificar série: _____

(5) 2º grau completo

(6) Superior incompleto– Especificar série: _____

(7) Superior completo

(8) Outro. Especificar: _____

6-Ocupação :

(1) Nenhuma

(2) Estudante

(3) Cargos Operacionais

(4) Cargos Administrativos

(8) Outros (bicos, etc.) : _____

(5) Cargos de Chefia

(6) Profissional Liberal

(7) Aposentado

6A-Trabalhou no último ano:

(1) Tempo integral

(2) Tempo Parcial

(3) Não Trabalhou

(4) Outro: _____

7-Renda Familiar:

(1) 1 salário mínimo

(2) 1 à 2 salários mínimos

(3) 2 à 5 salários mínimos

(4) 5 à 10 salários mínimos

(5) 10 à 20 salários mínimos

(6) Mais de 20 salários mínimos

(7) Não sabe

II- TRATAMENTO

1-Especificar:(1) Ambulatório de Gastroenterologia

(2) Ambulatório : UNIAD

2- Diagnóstico : _____

3- Exames Laboratoriais:

TGO = _____ (limites de normalidade masculino: até 37 U/L)

TGP = _____ (limites de normalidade masculino: até 40 U/L)

GGT = _____ (limites de normalidade masculino: 11 à 43 U/L)

III QUALIDADE DE VIDA (SF-36)

Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor solicite nossa ajuda e tente responder o melhor que puder.

1-Em geral, você diria que a sua saúde é :

Usar Cartão1

- (1) Excelente-5 (2) Muito Boa-4,4 (3) Boa-3,4 (4) Ruim-2 (5) Muito Ruim-1

2- Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora ?

Usar Cartão 2

- (1) Muito melhor agora do que a um ano atrás
 (2) Um pouco melhor agora do que a um ano atrás
 (3) Quase a mesma de um ano atrás
 (4) Um pouco pior agora do que a um ano atrás
 (5) Muito pior agora do que a um ano atrás

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades ? Neste caso, quanto?

Usar Cartão 3

ATIVIDADES	SIM. DIFICULTA MUITO	SIM. DIFICULTA UM POUCO	NÃO. NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM
a) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física ?

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades ?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5- Durante as **últimas 4 semanas**, você teve alguns dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

	SIM	NÃO
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz ?	1	2

6- Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo ? **Usar Cartão 4**

- (1) De forma alguma-**5** (4) Bastante-**2**
 (2) Ligeiramente-**4** (5) Extremamente-**1**
 (3) Moderadamente-**3**

7- Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas** ? **Usar Cartão 5**

- (1) Nenhuma-**6** (4) Moderada-**3,1**
 (2) Muito Leve-**5,4** (5) Grave-**2,2**
 (3) Leve -**4,2** (6) Muito Grave-**1**

8- Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora e dentro de casa) ? **Usar Cartão 6**

- (1) De maneira alguma (4) Bastante
 (2) Um pouco (5) Extremamente
 (3) Moderadamente

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação as **4 últimas semanas**. **Usar Cartão 7**

	TUDO TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	UMA BOA PARTE DO TEMPO	ALGUMA PARTE DO TEMPO	UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO	NUNCA
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força ?	1(6)	2(5)	3(4)	4(3)	5(2)	6(1)
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo ?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo ?	1(6)	2(5)	3(4)	4(3)	5(2)	6(1)
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia ?	1(6)	2(5)	3(4)	4(3)	5(2)	6(1)
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido ?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado ?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz ?	1(6)	2(5)	3(4)	4(3)	5(2)	6(1)
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado ?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas **4 semanas** , quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.) ? **Usar Cartão 8**

- (1) Todo o tempo (4) Uma pequena parte do tempo
 (2) A maior parte do tempo (5) Nenhuma parte do tempo
 (3) Alguma parte do tempo

11- O quanto **verdadeiro ou falso** é cada uma das afirmações para você ? **Usar Cartão 9**

	DEFINITIVAM ENTE VERDADEIRO	A MAIORIA DAS VEZES VERDADEIRO	NÃO SEI	A MAIORIA DAS VEZES FALSA	DEFINITIVAMENTE FALSA
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1(5)	2(4)	3(3)	4(2)	5(1)
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1(5)	2(4)	3(3)	4(2)	5(1)

AVALIAÇÃO:

$$\text{Capacidade Funcional (3 : a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)} = \frac{-10}{20} \times 100 =$$

$$\text{Aspectos Físicos (4 : a+b+c+d)} = \frac{-4}{4} \times 100 =$$

$$\text{Dor (7+8)} = \frac{-2}{10} \times 100 =$$

$$\text{Estado Geral de Saúde (1+11)} = \frac{-5}{20} \times 100 =$$

$$\text{Vitalidade (9: a+e+g+i)} = \frac{-4}{20} \times 100 =$$

$$\text{Aspectos Sociais (6+10)} = \frac{-2}{8} \times 100 =$$

$$\text{Aspecto Emocional (5: a+b+c)} = \frac{-3}{3} \times 100 =$$

$$\text{Saúde Mental (9: b+c+d+f+h)} = \frac{-5}{25} \times 100 =$$

IV- TESTE DE FAGERSTRÖM PARA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

Você é fumante? () Sim () Não . Vá para HQ

Se abstinente, especificar tempo:

1- Quanto tempo depois de acordar , você fuma seu primeiro cigarro?

(0) Após 60 minutos (1) 31-60 minutos (2) 6-30 minutos (3) Nos primeiros 5 minutos

2- Você encontra dificuldades em evitar o fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shopping, etc. ?

(0) Não (1) Sim

3- Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar ?

(0) Qualquer um (1) O primeiro da manhã

4- Quantos cigarros você fuma por dia ?

(0) 10 ou menos (1) 11-20 (2) 21-30 (3) 31 ou mais

5- Você fuma mais freqüentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia ?

(1) Sim (0) Não

6- Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado a maior parte do dia ?

(0) Não (1) Sim

PONTUAÇÃO: _____

(1) Leve : 0 à 4

(2) Médio : 5 à 7

(3) Alto : 8 à 11

V- GRAU DE DEPENDÊNCIA (SADD)

As seguintes perguntas dizem respeito a uma série de fatores relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas . Por favor, ouça atentamente cada pergunta e responda as questões tendo em vista a época em que você estava bebendo .

Responda cada pergunta com a resposta que lhe parecer mais apropriada . As respostas são: **Nunca; Poucas vezes; Muitas vezes; Sempre**. Se você tiver alguma dificuldade, peça ajuda .

Por favor, procure responder a todas as perguntas.

Usar Cartão 10

	NUNCA	POUCAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
1-Você acha difícil tirar o pensamento de beber da cabeça?	0	1	2	3
2-Acontece de você deixar de comer por causa da bebida?	0	1	2	3
3-Você planeja seu dia em função da bebida?	0	1	2	3
4-Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite)?	0	1	2	3
5-Na ausência da sua bebida favorita você bebe qualquer uma?	0	1	2	3
6-Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois?	0	1	2	3
7-Você acha que o quanto você bebe chega a prejudicá-lo?	0	1	2	3
8-No momento em que você começa beber, é difícil parar?	0	1	2	3
9- Você tenta se controlar (tenta deixar de beber)?	0	1	2	3
10-Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você precisa beber para se sentir melhor ?	0	1	2	3
11-Você acorda com tremores nas mãos, na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito?	0	1	2	3
12-Depois de ter bebido muito, você levanta com náuseas ou vômitos?	0	1	2	3
13-Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente?	0	1	2	3
14-Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua?	0	1	2	3
15-Você esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo?	0	1	2	3
ESCORE TOTAL				

Grau de Dependência : (1) Leve = 0 à 9 (2) Moderada = 10 à 19 (3) Grave = acima de 20

VI- URICA

Usar Cartão 13

Este questionário servirá para nos ajudar a melhorar este serviço. Cada frase descreve como uma pessoa pode se sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor indique o quanto você concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça uma escolha em termos do que **você está sentindo agora, e não o que você sentiu no passado ou gostaria de sentir.**

Para todas as frases que se referem ao seu problema, pense no seu **consumo de bebidas alcoólicas**. E aqui, refere-se a este local ou programa de tratamento.

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário . Indique a resposta que melhor descreve sua opinião:

- 1-Discorda muito 2-Discorda 3-Indeciso**
4- Concorda 5- Concorda muito

Pré – Contemplação	Contem- Plação	Ação	Manuten ção
1-	2-	3-	6-
5-	4-Omissão	7-	9- Omissão
11-	8-	10-	16-
13-	12-	14-	18-
23-	15-	17-	22-
26-	19-	20- Omissão	27-
29-	21-	25-	28-
31- Omissão	24-	30-	32-
<i>TOTAL:</i>	<i>TOTAL:</i>	<i>TOTAL:</i>	<i>TOTAL:</i>

VII- SOCRATES

Usar cartão 13

Por favor, ouça cuidadosamente as frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu beber. Para cada questão, indique o quanto você concorda ou discorda, **neste momento da sua vida**. Por favor, indique apenas uma alternativa de resposta para cada questão.

As alternativas de resposta são:

1-Discorda muito

4- Concorda

2-Discorda

5- Concorda muito

3-Indeciso

RECONHECIMENTO	AMBIVALÊNCIA	AÇÃO
1_____		
	2_____	
3_____		4_____
		5_____
	6_____	
7_____		
		8_____
		9_____
10_____		
	11_____	
12_____		
		13_____
		14_____
15_____		
	16_____	
17_____		
		18_____
		19_____
TOTAL=	TOTAL=	TOTAL=

VIII- PADRÃO DE CONSUMO: ÁLCOOL

As perguntas seguintes são sobre o beber qualquer tipo de bebida alcoólica. Incluídas estão cervejas, vinhos (champanhe e coolers) e destilados (whisky, rum, pinga, gin, vodka , caipirinha, etc.) e também qualquer outro tipo de álcool.

CERVEJA

1- Você bebeu alguma cerveja nos últimos 30 dias ?

(1) Sim (2) Não – Vá para Q5

2- Nos dias em que você bebeu a cerveja, você bebeu cerveja comum, malte, com baixa caloria ou baixo teor alcoólico ou sem álcool ?

(1) Comum (2) Malte (3) Baixa caloria (4) Baixo teor alcoólico (5) Sem álcool

3- Durante os últimos 30 dias, qual foi o maior numero de cervejas que você tomou num único dia? Por cerveja eu quero dizer meia cerveja ou 1 chope.

(1) 26 ou mais (5) 5-7
(2) 18-25 (6) 3-4
(3) 12-17 (7) 1-2
(4) 8-11

4- Circule agora a categoria com a maior quantidade citada na Q3 e todas as categorias menores que ela.

Usar Cartão 11

Durante os últimos 30 dias, com que frequência você tomou (quantidade de categoria assinalada) cerveja num único dia ?

	+26	18-25	12-17	8-11	5-7	3-4	1-2
Todos os dias	1	1	1	1	1	1	1
Quase todos os dias	2	2	2	2	2	2	2
3-4 dias por semana	3	3	3	3	3	3	3
1-2 dias por semana	4	4	4	4	4	4	4
2-3 dias no último mês	5	5	5	5	5	5	5
Uma vez no último mês	6	6	6	6	6	6	6
Nunca no último mês	7	7	7	7	7	7	7

VINHOS

5- Você bebeu algum vinho, incluindo champanhe, vinho gaseificado, cooler ou fortificado (cherry ou porto) nos últimos 30 dias ?

(1) Sim (2) Não. Vá para Q9

6- Nos dias em que você bebeu vinho, você bebeu vinho comum , cooler ou fortificado ?

(1) Comum (2) Cooler (3) Fortificado

7- Durante os últimos 30 dias, qual foi o maior numero de doses de vinho que você tomou num único dia? Por dose eu quero dizer 1 copo de vinho ou uma garrafa de cooler.

(1) 26 ou mais (5) 5-7
(2) 18-25 (6) 3-4
(3) 12-17 (7) 1-2
(4) 8-11

8- Circule agora a categoria com a maior quantidade citada na Q3 e todas as categorias menores que ela.

Usar Cartão 11

Durante os últimos 30 dias, com que frequência você tomou (quantidade de categoria assinalada) vinho num único dia ?

	+26	18-25	12-17	8-11	5-7	3-4	1-2
Todos os dias	1	1	1	1	1	1	1
Quase todos os dias	2	2	2	2	2	2	2
3-4 dias por semana	3	3	3	3	3	3	3
1-2 dias por semana	4	4	4	4	4	4	4
2-3 dias no último mês	5	5	5	5	5	5	5
Uma vez no último mês	6	6	6	6	6	6	6
Nunca no último mês	7	7	7	7	7	7	7

DESTILADOS

9- Você bebeu algum destilado, incluindo whisky, run, pinga, cachaça, caipirinha, gin, vodka, bourbon ou licores nos últimos 30 dias ?

(1) Sim (2) Não – Vá para Q13

10-Nos dias em que você bebeu a destilados nos últimos 30 dias, você bebeu drinks misturados, destilados ou outro tipo de licor puro ?

(1) Drinks Misturados (2) Destilados Puros (3) Outros licores puros

11-Durante os últimos 30 dias, qual foi o maior numero de doses de destilados que você tomou num único dia? Por dose eu quero dizer 1 copo de destilado puro ou licor, ou 1 dose padrão ou 1 whisky misturado.

(1) 26 ou mais (5) 5-7
 (2) 18-25 (6) 3-4
 (3) 12-17 (7) 1-2
 (4) 8-11

12-Circle agora a categoria com a maior quantidade citada na Q3 e todas as categorias menores que ela.

Durante os últimos 30 dias, com que frequência você tomou (quantidade de categoria assinalada) destilados num único dia ?

Usar Cartão 11

	+26	18-25	12-17	8-11	5-7	3-4	1-2
Todos os dias	1	1	1	1	1	1	1
Quase todos os dias	2	2	2	2	2	2	2
3-4 dias por semana	3	3	3	3	3	3	3
1-2 dias por semana	4	4	4	4	4	4	4
2-3 dias no último mês	5	5	5	5	5	5	5
Uma vez no último mês	6	6	6	6	6	6	6
Nunca no último mês	7	7	7	7	7	7	7

TOTAL 1=

13-Você acabou de me dizer quanto e com que frequência você bebeu nos últimos 30 dias. Há quanto tempo você vem bebendo esta quantidade com esta frequência ?

Número de () dias
 () semanas
 () meses
 () anos

TOTAL EM SEMANAS=

14-Quando foi a última vez que você tomou algum tipo de bebida alcoólica ?

Número de () dias
() semanas
() meses
() anos

TOTAL EM DIAS=

15- Existiu algum período na sua vida em que você bebeu mais do que nos últimos 30 dias ?

(1) Sim (2) Não . Vá par Q19

16-Na sua vida inteira, quando você mais bebeu, com que frequência em geral você bebia qualquer bebida (cerveja, vinho ou destilado) ?

Usar Cartão 11

- (1) Todos os dias
- (2) Quase todos os dias
- (3) 3 a 4 dias por semana
- (4) 1 a 2 dias por semana
- (5) 2 a 3 dias por mês
- (6) Uma vez por mês
- (7) Menos que uma vez por mês

17- Durante o tempo em que você mais bebeu , quantas doses você geralmente bebia num único dia ?

- (1) Cerveja
- (2) Vinhos
- (3) Destilados

TOTAL 2=

18^A – Você acabou de me dizer quanto e com que frequência você bebia na época em que mais bebia. Com que idade você começou a beber nesta intensidade ?

Idade

18B- Por quanto tempo você bebeu deste jeito ?

Número de () dias
() semanas
() meses
() anos

TOTAL EM SEMANAS=

19- Com que idade você começou a beber regularmente, sem contar pequenos goles ?

Idade

20 - Alguma vez na sua vida inteira, você fez algum tipo de tratamento decorrente do seu consumo de álcool ?

- (1) Sim. Especifique: (1) A.A. (2) Não
(2) Medicamentoso
(3) Religioso
(4) Internação
(5) Psicológico
(6) Psiquiátrico
(7) Desintoxicação
(8) Não sabe definir o tipo de tratamento
(9)Outro. Especifique: _____

IX- PADRÃO DE CONSUMO: DROGAS

- 1- Você usa ou alguma vez na sua vida experimentou qualquer tipo de drogas ?
 (1) Sim (2) Não – Vá para DRINC

2- Especifique o tipo de droga:

- (1) Sedativos/Tranqüilizantes
- (2) Remédios para dor
- (3) Estimulantes
- (4) Maconha
- (5) Cocaína / Crack
- (6) Heroína/ Metadona
- (7) Inalantes/Solventes
- (8) Alucinógenos
- (9) Outro. Especifique: _____
- (10) Nenhuma – **VÁ PARA Q3**

2^A – Alguma das categorias de Drogas está marcada SIM ? Preencha o quadro abaixo:
 Se Não , vá para a próxima questão !

Nome da Droga	Quando foi a última vez que você usou ? (n.º de dias, semanas, meses ou anos)	Durante os últimos 30 dias, com que frequência você utilizou a _____ ? <i>Cartão 11</i>	Quanto você geralmente usou num mesmo dia ? (Ex.: pedras, carreiras, baseados, gramas)

- 3- Alguma vez na sua vida inteira você teve alguma das seguintes experiências como resultado do seu uso de drogas?

Usar Cartão 12

A B C D E F G H I J K L
 M N O P Q R (Vá para Q7 se circulado o item R)

4- Com que drogas/remédios, você teve as experiências acima descritas ?

- (1) Sedativos/Tranqüilizantes
- (2) Remédios para dor
- (3) Estimulantes
- (4) Maconha
- (5) Cocaína / Crack
- (6) Heroína/ Metadona
- (7) Inalantes/Solventes
- (10) Alucinógenos
- (11) Outro. Especifique: _____

5- Quantos anos você tinha quando pela **1ª vez** algumas destas experiências começaram acontecer ?

Idade

6- Quantos anos você tinha quando pela **última vez** algumas destas experiências aconteceram?

Idade

7- Alguma vez na sua vida inteira, você fez algum tipo de tratamento decorrente do seu consumo de drogas ?

- (1) Sim. Especifique: (1) NA (2) Não
- (2) Medicamentoso
 - (3) Religioso
 - (4) Internação. Número
 - (5) Psicológico
 - (6) Psiquiátrico
 - (7) Desintoxicação
 - (8) Não sabe definir o tipo de tratamento
 - (9) Outro. Especifique: _____

X- INVENTÁRIO SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO USO DO ÁLCOOL (DrInc-2R)

Abaixo estão relacionadas uma série de situações que as pessoas que bebem vivenciam. Ouça atentamente cada uma delas e aponte a frase que indica *se alguma vez aconteceu com você* . As alternativas de resposta são: **NÃO (0)** **SIM (1)**

Físico	Interpessoal	Intrapessoal	Controle de Impulso	Responsabilidade Social	Escala de Controle
1_____		2_____		3_____	
	4_____				5_____
				6_____	
	7_____				
8_____			9_____		
			10_____		
11_____		12_____			
13_____				14_____	15_____
		16_____			
	17_____	18_____	19_____	20_____	
	21_____		22_____		
			23_____		
24_____					25_____
				26_____	
	27_____		28_____		
29_____	30_____				
	31_____		32_____		
33_____		34_____			35_____
		36_____			
		37_____			
		38_____			
	39_____			40_____	
			41_____		
			42_____		
	43_____			44_____	45_____
	46_____		47_____		
48_____			49_____		
			50_____		

_____ + _____ + _____ + _____ + _____ = _____
Físico **Interpessoal** **Intrapessoal** **Controle de Impulso** **Resp.Social** **Total DrInC** **Controle de Escala**

ANEXO 2 - Cartões

CARTÃO 1

(1) EXCELENTE

(2) MUITO BOA

(3) BOA

(4) RUIM

(5) MUITO RUIM

CARTÃO 2

(1) Muito melhor agora do que a 1 ano atrás

(2) Um pouco melhor agora do que a 1 ano atrás

(3) Quase a mesma de 1 ano atrás

(4) Um pouco pior agora do que a 1 ano atrás

(5) Muito pior agora do que a 1 ano atrás

CARTÃO 3

- (1) Sim. Dificulta muito**
- (2) Sim . Dificulta um pouco**
- (3) Não. Não dificulta de modo algum**

CARTÃO 4

- (1) De forma alguma**
- (2) Ligeiramente**
- (3) Moderadamente**
- (4) Bastante**
- (5) Extremamente**

CARTÃO 5

- (1) Nenhuma**
- (2) Muito Leve**
- (3) Leve**
- (4) Moderada**
- (5) Grave**
- (6) Muito Grave**

CARTÃO 6

- (1) De maneira alguma**
- (2) Um pouco**
- (3) Moderadamente**
- (4) Bastante**
- (5) Extremamente**

CARTÃO 7

- (1) Todo o tempo**
- (2) A maior parte do tempo**
- (3) Uma boa parte do tempo**
- (4) Alguma parte do tempo**
- (5) Uma pequena parte do tempo**
- (6) Nunca**

CARTÃO 8

- (1) Todo o tempo**
- (2) A maior parte do tempo**
- (3) Alguma parte do tempo**
- (4) Uma pequena parte do tempo**
- (5) Nenhuma parte do tempo**

CARTÃO 9

- (1) Definitivamente verdadeiro**
- (2) A maioria das vezes verdadeiro**
- (3) Não sei**
- (4) A maioria das vezes falsa**
- (5) Definitivamente falsa**

CARTÃO 10

(0) Nunca

(1) Poucas Vezes

(2) Muitas Vezes

(3) Sempre

CARTÃO 11

- (1) Todos os dias**
- (2) Quase todos os dias**
- (3) 3-4 dias por semana**
- (4) 1-2 dias por semana**
- (5) 2-3 dias no último mês**
- (6) Uma vez no último mês**
- (7) Nunca no último mês**

CARTÃO 12

- A** Usou a droga muito mais que pretendia ou por um período muito maior que pretendia
- B** Quis ou tentou diminuir ou parar de usar a droga mas não conseguiu
- C** Gastou grande parte do tempo usando a droga ou se recuperando dos seus maus efeitos após o uso
- D** Usar a droga estava interferindo com o trabalho, escola ou nos cuidados da família ou casa
- E** Deixou de lado o trabalho, escola ou os cuidados da família devido ao uso da droga
- F** Estava em uma situação em que se encontrava sob influência da droga e na qual poderia ter se machucado
- G** Teve um acidente de carro, motocicleta, barco ou outro acidente devido seu uso de droga
- H** Desistiu ou cortou atividades que eram importantes para você para usar a droga
- I** Continuou usando a droga mesmo quando ela estava lhe causando um problema médico
- J** Continuou usando a droga mesmo quando ela estava lhe causando problemas com amigos, parentes e outras pessoas
- K** Continuou usando a droga mesmo quando ela estava lhe causando problemas emocionais ou psicológicos
- L** Viu que você tinha que usar mais da droga que o normal para obter o mesmo efeito ou que a mesma quantidade que você usava antes tinha menos efeito
- M** Viu que parar ou diminuir o seu uso de drogas o fez se sentir mal ou causou você suar, tremer, ter náusea ou diarreia, vomitar ou ter ataques ou convulsões
- N** Usou mais da droga ou de outro remédio para evitar os efeitos ruins após o uso ou fazê-los ir embora (melhorar)
- O** Teve brigas físicas enquanto usava a droga ou logo após usar a droga
- P** Foi preso ou teve problemas com a polícia devido ao uso de droga
- Q** Usou a droga endovenosamente
- R** *Nenhuma destas experiências*

CARTÃO 14 - *AUDIT*

- (0) Nunca**
- (1) Menos que mensalmente**
- (2) Mensalmente**
- (3) Semanalmente**
- (4) Diariamente ou quase que diariamente**

ANEXO 2 - Escalas

3.1) URICA

Usar Cartão 13

Este questionário servirá para nos ajudar a melhorar este serviço. Cada frase descreve como uma pessoa pode se sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor indique o quanto você concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça uma escolha em termos do que **você está sentindo agora, e não o que você sentiu no passado ou gostaria de sentir.**

Para todas as frases que se referem ao seu problema, pense no seu **consumo de bebidas alcoólicas**. E aqui, refere-se a este local ou programa de tratamento.

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve sua opinião:

1-Discorda muito 2-Discorda 3-Indeciso
4- Concorda 5- Concorda muito

	Discorda Total/te	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Total/te
1- No meu ponto de vista, eu não tenho nenhum problema que precisa de mudança.	1	2	3	4	5
2-Eu acho que posso estar pronto para alguma melhora pessoal.	1	2	3	4	5
3- Eu estou fazendo algo sobre meus problemas que estão me incomodando.	1	2	3	4	5
4-Vale a pena trabalhar o meu problema .	1	2	3	4	5
5- Não sou eu quem tem o problema. Não faz muito sentido para mim estar aqui.	1	2	3	4	5
6- Você está preocupado em voltar a ter o problema que você pensou que já tinha resolvido? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q7 () Sim Por isso estou aqui, para buscar ajuda.	1	2	3	4	5
7-Eu estou finalmente tomando providências para resolver meu problema .	1	2	3	4	5
8-Eu tenho pensado que posso querer mudar alguma coisa sobre eu mesmo.	1	2	3	4	5
9-Você tem tido sucesso em resolver seu problema? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q10 () Sim - Mas não tenho certeza que eu posso manter este esforço sozinho?	1	2	3	4	5
10- Às vezes meu problema é difícil, mas estou tentando resolve-lo.	1	2	3	4	5
11-Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	1	2	3	4	5
12-Eu espero que este lugar venha ajudar a me entender.	1	2	3	4	5
13-Eu suponho ter defeitos, mas não há nada que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
14-Eu realmente estou me esforçando muito para mudar.	1	2	3	4	

	Discorda Total/te	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Total/te
15-Eu tenho um problema e realmente acho que deveria tentar resolvê-lo.	1	2	3	4	5
16-Você conseguiu mudar algo em relação ao seu problema? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q17 () Sim – Mas não estou conseguindo dar continuidade como eu esperava ao que já tinha mudado e, estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3	4	5
17-Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou me esforçando para resolver meu problema.	1	2	3	4	5
18-Eu pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas algumas vezes eu ainda percebo que estou lutando com ele.	1	2	3	4	5
19-Eu espero ter mais idéias de como resolver meu problema.	1	2	3	4	5
20- Você começou tentar resolver seu problema? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q21 () Sim – Mas gostaria de receber ajuda.	1	2	3	4	5
21- Talvez este lugar possa me ajudar.	1	2	3	4	5
22- Você fez alguma mudança em relação ao seu problema? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q23 () Sim - Mas eu posso precisar de um estímulo agora para ajudar a manter as mudanças que já fiz.	1	2	3	4	5
23- É possível que eu seja parte do problema, mas não acho que eu sou.	1	2	3	4	5
24- Eu espero que alguém aqui possa me dar boas orientações .	1	2	3	4	5
25- Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
26- Toda essa conversa sobre psicologia é chata. Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer seus problemas ?	1	2	3	4	5
27- Eu estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3	4	5
28- É frustrante, mas eu acho que posso estar tendo uma recaída .	1	2	3	4	5
29- Eu tenho preocupações como todo mundo. Por que perder tempo pensando nelas ?	1	2	3	4	5
30- Eu estou tentando ativamente resolver meu problema.	1	2	3	4	5
31- Eu preferiria conviver com meus defeitos do que tentar mudá-los.	1	2	3	4	5
32- Depois de tudo que eu fiz para mudar meu problema, `as vezes ele volta a me perseguir.					

Escala URICA: Amostra de Alcoólicos

Estes escores são baseados em uma amostra de pacientes tratados em ambulatório, com 7 itens em cada escala, sendo omitido o item marcado na folha de respostas.

Circule o número obtido em cada coluna correspondente ao total do escore obtido na Escala em conexão com as linhas dos Estágios de Mudança:

	Pré- Contemplação	Contem plação	Ação	Manuten ção
100	30-35			
95	29-30			
90	27-28			
85	25-26			
80	23-24			
75	21-22			
70	19-20		35	35
65	17-18		33-34	33-34
60	15-16	34-35	31-32	31-32
55	13-14	33	29-30	28-29-30
50	11-12	31-32	27-28	26-27
45	9-19	30	25-26	23-24-25
40	7-8	28-29	23-24	21-22
35		27	21-22	18-19-20
30		25-26	19-20	16-17
25		24	17-18	13-14-15
20		22-23	15-16	11-12
15		21	13-14	8-9-10
10		19-20	11-12	7
5		18	9-10	
00		16-17	7-8	
-0,5		15		
-10		13-14		
-15		7-12		

3.2) SOCRATES

Usar Cartão 13

Por favor, ouça cuidadosamente as frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu beber. Para cada questão, indique o quanto você concorda ou discorda, **neste momento da sua vida**. Por favor, indique apenas uma alternativa de resposta para cada questão.

As alternativas de resposta são:

1-Discorda muito

2-Discorda

3-Indeciso

4- Concorda

5- Concorda muito

	Discordo Muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Muito
1-Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
2- As vezes eu penso se sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
3- Se eu não mudar logo a minha maneira de beber , meus problemas vão ficar piores.	1	2	3	4	5
4-Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
5-Estou tentando controlar a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
6- As vezes eu penso se o meu beber está prejudicando as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7- Eu sou uma pessoa que tem problemas com bebidas alcoólicas.	1	2	3	4	5
8-Eu não estou pensando apenas nas mudanças da minha maneira de beber. Eu já estou fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
9- Eu já mudei o meu hábito de beber e estou buscando meios para não voltar a beber como bebia antes.	1	2	3	4	5
10- Eu tenho graves problemas com a bebida.	1	2	3	4	5
11- As vezes, eu penso se tenho controle sobre a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
12- O meu hábito de beber está causando muitos transtornos.	1	2	3	4	5
13- Você parou ou diminui seu hábito de beber? () Não – Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q14 () Sim - Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar o meu beber.	1	2	3	4	5
14- Antes você tinha problemas com a bebida? () Não – Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q15 () Sim - Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter os problemas com a bebida que eu tinha antes.	1	2	3	4	5
15- Eu sei que tenho problemas com bebidas alcoólicas..	1	2	3	4	5
16- Às vezes eu acho que bebo demais.	1	2	3	4	5
17- Eu sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
18- Eu estou me esforçando muito para mudar o meu hábito de beber.	1	2	3	4	5
19- Você fez mudanças no seu hábito de beber? ? () Não – Coloque a resposta Discordo Muito e vá para DRINC () Sim – Eu quero alguma ajuda para não voltar a beber como antes.	1	2	3	4	5

PERFIL DA SOCRATES (Versão de 19 itens 8 A)

Instruções: Analisar o escore total obtido na folha de respostas no quadro abaixo. Para cada escala, determinar o valor do escore obtido.

Escore	Reconhecimento	Ambivalência	Ação
90 Muito Alto		19-20	39-40
80		18	37-38
70 Alto	35	17	36
60	34	16	34-35
50 Médio	32-33	15	33
40	31	14	31-32
30 Baixo	29-30	12-13	30
20	27-28	9-11	26-29
10 Muito Baixo	7-26	4-8	8-25

OBS.: Estes escores foram baseados em uma amostra de 1726 homens e mulheres adultos que estavam em tratamento para problemas relacionados ao consumo alcoólico no Projeto MATCH.

3.3) INVENTÁRIO SOBRE AS CONSEQÜÊNCIAS DO USO DO ÁLCOOL (DrInc-2L)

Abaixo estão relacionadas uma série de situações que as pessoas que bebem vivenciam. Ouça atentamente cada uma delas e aponte a frase que indica se alguma vez aconteceu com você .

As alternativas de resposta são SIM e NÃO.

<i>Em algum momento da sua vida isto aconteceu com você ?</i>	NÃO	SIM
1-Eu tenho tido ressaca e me sentido mal depois de beber.	0	1
2-Eu já me senti chateado comigo mesmo por causa do meu hábito de beber.	0	1
3-Eu já faltei no trabalho ou na escola por causa da bebida.	0	1
4-Minha família e/ou meus amigos tem se preocupado ou criticado meu hábito de beber.	0	1
5- Eu gosto do sabor da cerveja, vinho ou destilado.	0	1
6-A qualidade do meu trabalho tem sido prejudicada por causa do meu hábito de beber.	0	1
7-A minha capacidade de ser bom pai ou boa mãe tem sido prejudicada devido meu hábito de beber.	0	1
8-Depois de beber, eu tenho problemas para adormecer, continuar dormindo ou tenho pesadelos.	0	1
9-Eu tenho dirigido (um veículo de transporte) depois de beber três ou mais doses.	0	1
<i>Em algum momento da sua vida isto aconteceu com você ?</i>	NÃO	SIM
10- O meu hábito de beber tem levado ao uso de outras drogas.	0	1
11- Eu já fiquei doente e vomitei após ter bebido.	0	1
12- Eu tenho me sentido triste por causa do meu hábito de beber.	0	1
13- Por causa do meu hábito de beber, não tenho me alimentado adequadamente.	0	1
14-Eu tenho deixado de fazer coisas que eu deveria fazer por causa da bebida.	0	1
15-Beber já me ajudou a relaxar.	0	1
16-Tenho me sentido culpado e envergonhado por causa do meu beber.	0	1
17-Quando bebo, eu já falei e fiz coisas embaraçosas.	0	1
18-Quando bebo, minha personalidade já mudou para pior.	0	1
19- Eu tenho me arriscado de maneira perigosa quando estou bebendo.		
20-Eu já me meti em encrencas quando bebo.	0	1
21-Quando bebo ou uso drogas, falo coisas duras e cruéis para as pessoas.	0	1
22-Quando bebo, tenho feito coisas por impulsividade que depois me arrependo.	0	1
23-Eu tenho entrado em brigas quando bebo (com contato físico: socos, tapas, empurrões, Tc).	0	1

24-Minha saúde física tem sido prejudicada por causa do meu hábito de beber.	0	1
25-Beber me ajuda a ter uma visão mais positiva da minha vida.	0	1
<i>Em algum momento da sua vida isto aconteceu com você ?</i>	NÃO	SIM
26-Eu tenho tido problemas financeiros por causa da bebida.	0	1
27-Meu casamento ou relacionamento amoroso tem sido prejudicado devido meu hábito de beber.	0	1
28-Eu fumo mais quando estou bebendo.	0	1
29-Minha aparência física (visual) tem sido prejudicada devido meu hábito de beber.	0	1
30-Minha família tem sido magoada devido meu hábito de beber.	0	1
31-Eu tenho amigos ou relacionamentos íntimos que foram prejudicados devido meu hábito de beber .	0	1
32- Eu tenho alterado o peso por causa do meu hábito de beber.	0	1
33-Minha vida sexual tem sido prejudicada por causa do meu hábito de beber.	0	1
34-Perdi interesses em atividades e passatempos que me davam prazer por causa da bebida.	0	1
35-Quando bebo , minha vida social fica mais divertida .	0	1
36-Minha vida moral e espiritual tem sido prejudicada devido meu hábito de beber.	0	1
37- Por causa da bebida, não tenho tido a vida que eu queria.	0	1
38-Meu hábito de beber tem prejudicado meu desenvolvimento pessoal.	0	1
39- Meu hábito de beber tem prejudicado minha vida social , minha popularidade ou reputação .	0	1
40- Eu tenho gastado ou perdido muito dinheiro por causa da bebida.	0	1
41- Eu fui preso por dirigir alcoolizado.	0	1
<i>Em algum momento da sua vida isto aconteceu com você ?</i>	NÃO	SIM
42- Eu tenho tido outros problemas com a polícia (além de dirigir embriagado) por causa da bebida.	0	1
43- Acabei um casamento ou um relacionamento amoroso devido meu hábito de beber .	0	1
44-Eu fui afastado ou despedido do trabalho ou escola devido meu hábito de beber.	0	1
45-Eu tenho consumido bebidas alcoólicas socialmente sem ter problemas.	0	1
46-Eu perdi amigo(a)s por causa da bebida.	0	1
47-Eu sofri um acidente enquanto estava intoxicado ou embriagado.	0	1
48- Quando embriagado ou intoxicado fui fisicamente ferido ou queimado.	0	1
49- Quando embriagado ou intoxicado , eu machuquei outra pessoa.	0	1
50-Eu tenho quebrado coisas quando estou sobre o efeito do álcool ou intoxicado.	0	1

DrInC Perfil: Sexo Masculino

Conseqüências decorridas no tempo de vida. (2L) (qualquer uma):

Classificação	Escore Total	Físico	Interpessoal	Intrapessoal	Controle do impulso	Resp. Social
10	43 – 45					
9 Muito Alto	41 – 42					
8	39 – 40	8	10		10	
7 Alto	37 – 38				9	7
6	36	7	9		8	
5 Médio	33 – 35		8	8	7	6
4	31 – 32	6	7			
3	28 – 30		6	7	6	5
2	23 – 27	5	5	6	4 – 5	4
1 Muito Baixo	0 - 22	0 – 4	0 – 4	0 – 5	0 - 3	0 – 3
ESCORE BRUTO :						

INSTRUÇÕES: Transfira a escala de escore total do formulário DrInC para a linha de escore bruto no final da folha de perfil, então para cada escala circule o valor referente acima dela para determinar a classificação.

Esses valores interpretativos são baseados numa amostra de 1047 homens adultos que se apresentaram para tratamento. Escores individuais são classificados como baixo, médio ou alto, relativos ao sexo masculino. Os dados normativos são do projeto MATCH.

Para detalhes do estudo ver: Projeto MATCH grupo de pesquisas e métodos para um estudo clínico em múltiplas localidades. Avaliação comparando pacientes em tratamento para alcoolismo.

Escore zero na escala de controle pode indicar repostas desonestas ou displicentes. Na versão 2R (consumo freqüente), totais de 5 ou menos são suspeitos.

DrInC Perfil: Sexo Feminino

Conseqüências decorridas no tempo de vida. (2L) (qualquer uma):

Classificação	Escore Total	Físico	Interpessoal	Intrapessoal	Controle do impulso	Resp. Social
10	42 – 45				11 -12	
9 Muito Alto	39 – 41		10		10	7
8	37 – 38	8			9	
7 Alto	35 – 36		9		8	6
6	32 – 34	7	8	8	7	
5 Médio	29 – 31		7		6	5
4	26 – 28	6	5 – 6	7	5	4
3	24 – 25	5	4		4	3
2	19 – 23	4		6	3	2
1 Muito Baixo	0 - 18	0 – 3	0 – 3	0 – 5	0 – 2	0 – 1
ESCORE BRUTO:						

INSTRUÇÕES: Transfira a escala de escore total do formulário DrInC para a linha de escore bruto no final da folha de perfil, então para cada escala circule o valor referente acima dela para determinar a classificação.

Esses valores interpretativos são baseados numa amostra de 342 mulheres adultas que se apresentaram para tratamento. Escores individuais são classificados como baixo, médio ou alto, relativos ao sexo feminino. Os dados normativos são do projeto MATCH.

Escore zero na escala de controle pode indicar repostas desonestas ou displicentes. Na versão 2R (consumo freqüente), totais de 5 ou menos são suspeitos.

3.4) AUDIT – The Alcohol Use Disorder Identification Test

1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas ?
 - (0) Nenhuma
 - (1) Uma ou menos de uma vez por mês
 - (2) 2 a 4 vezes por mês
 - (3) 2 à 3 vezes por semana
 - (4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?
 - (0) Nenhuma
 - (1) 1 a 2
 - (2) 3 a 4
 - (3) 5 a 6
 - (4) 7 a 9
 - (5) 10 ou mais

3. Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?
 - (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente

4. Com que frequência durante os últimos doze meses você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado ?
 - (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente

5. Quantas vezes durante o ano passado você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso e bebidas alcoólicas ?
 - (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente

6. Quantas vezes durante os últimos doze meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira ?
- (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente
7. Quantas vezes durante o ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber ?
- (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente
8. Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo ?
- (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente
9. Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras ?
- (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente
10. Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro profissional da área da saúde referiu-se as suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber ?
- (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO
CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO CLÍNICO

NOME: _____
DATA: _____ N.º do Voluntário: _____

A psicóloga **Neliana Buzi Figlie** está realizando um estudo comparativo dos hábitos de beber nos pacientes tratados em Ambulatório Específico para Alcoolistas em Ambulatório de Gastroenterologia.

A minha participação como voluntário envolve uma entrevista pessoal com duração aproximada de 60 minutos, que incluirá perguntas sobre idade, estado civil, ocupação, hábitos alcoólicos, problemas médicos e mentais, experiência de vida pessoal relacionada ao beber e/ou consumo de drogas, motivos que levam ao consumo alcoólico e/ou de drogas e tratamentos decorrentes deste. Eu posso me recusar a responder qualquer uma das perguntas durante a entrevista.

Eu entendo que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício pessoal direto. No entanto, novos conhecimentos serão adquiridos e poderão ter impacto no entendimento dos problemas relacionados ao uso e abuso de álcool. Vale ressaltar que todas as informações que eu fornecer serão confidenciais e anônimas, conforme previsto em lei.

A profissional supra citada esclareceu-me sobre o objetivo do presente estudo e respondeu as minhas dúvidas sobre o mesmo.

A participação neste estudo é inteiramente voluntária sendo que foi me assegurado o direito de abandonar o estudo assim que o desejar, sem que isto acarrete-me qualquer consequência.

Eu concordo em participar voluntariamente,

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

TESTEMUNHA