

Como é a Qualidade de Vida dos Dependentes de Álcool ?

**Roberta Payá (1), Neliana Buzi Figlie (2), Janaina LuiseTurisco (3) e
Ronaldo Laranjeira (4)**

(1) Psicóloga e Bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo –
Processo: 98/15788-0

(2) Psicóloga Mestre em Saúde Mental e pesquisadora da UNIAD

(3) Psicóloga e Bolsistas de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa no
Estado de São Paulo

(4) Médico Psiquiatra e Coordenador da UNIAD – UNIFESP

UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) / UNIFESP (Universidade Federal de
São Paulo)

Rua Botucatu, 394 – Vila / Clementino – São Paulo – SP CEP: 04032-061

Tel.: 0xx11 576-4341 Fax: 0xx11 575-1708

E-Mail: ropaya@psiquiatria.epm.br

Total de páginas = 17

RESUMO

Como é a Qualidade de Vida dos Dependentes de Álcool ?

O objetivo deste trabalho é discutir a Qualidade de Vida dos dependentes de álcool através da escala *Short Form Health Survey* (SF-36). Foram entrevistados 181 pacientes do sexo masculino, em 13 meses, sendo que 49% (N=88) estavam em tratamento em ambulatório de Gastroenterologia de Hospital Geral e 51% (N=93) em ambulatório especializado no tratamento em Dependência Química, ambos pertencentes a Unifesp (Universidade Federal de São Paulo).

Os resultados apontaram diferenças significantes em Saúde Mental, uma vez que os pacientes do ambulatório especializado apresentaram qualidade inferior quando comparados ao grupo da gastroenterologia, e Capacidade Funcional, na qual os pacientes

do ambulatório de gastroenterologia apresentaram qualidade inferior em relação ao outro grupo. Nas seis subescalas restantes não foram encontrados resultados estatisticamente significantes.

Quanto a Severidade da Dependência Alcoólica, pesquisada através do *Alcohol Dependence Data Questionnaire* (SADD), foi encontrada diferença significativa entre os grupos, predominando a dependência grave no ambulatório especializado, diferindo do ambulatório de gastroenterologia onde foi mais freqüente a dependência moderada.

O artigo tem como proposta discutir a importância de uma abordagem da qualidade de vida no tratamento do alcoolismo e necessidade de uma intervenção nos dependentes de álcool que não encontram-se em tratamento.

UNTERMOS: SF-36; qualidade de vida; alcoolismo; tratamento; intervenção.

ABSTRACT

How is the alcoholic dependents' quality of life?

The objective of this project is to discuss the Quality of Life of alcoholics dependents through the use of the Short Form Health Survey (SF-36). Of the 181 male patients interviewed in 13 months, 49% (N=88) were receiving treatment in a General Hospital gastroenterology service and 51% (N=93) in an specialized alcoholism treatment program, both belonging to UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo).

The results have showed significant differences in Mental Health, as patients from the specialized service showed inferior quality of life when compared to the specialized group and also in Functional Capability, in which patients from specialized service showed inferior quality than the other group. In the 6 remaining aspects no statistically significant results were found.

As for the Severity of the Alcohol Dependence, detected through the use of the Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD), significant differences between the groups have been noticed, being higher dependence the most frequent in the specialized service whereas moderate dependence was the most frequent in the gastroenterology service.

The article proposal is to discuss the necessity of an approach the quality of life when treating alcoholism as well as the need of intervention to alcoholics dependents who not are in treatment.

Key-Words: SF-36; quality of life; alcoholism; treatment; intervencion.

INTRODUÇÃO

A dependência do 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 saúde pública perante a efetividade de uma rede de serviços que pudesse minimizar as conseqüências do uso/abuso do álcool na população; e o custo social das pessoas que não procuram tratamento²².

Alguns autores consideram o alcoolismo uma doença que se instala em pessoas habituadas ao uso prolongado e excessivo do álcool. Esta doença estaria associada a fatores como família, cultura e sociedade, levando à perda da capacidade de escolher a forma e o momento para se usar bebidas alcólicas¹⁰. A dependência afeta profundamente o estilo de vida do alcoolista, predominando o uso ou a recuperação dos efeitos do álcool²⁰.

Apesar do uso indevido de álcool ser uma das maiores causas de morbidade e mortalidade, poucos estudos foram realizados sobre a qualidade de vida de pacientes dependentes de álcool até o momento. Tal fato pode ser afirmado quando apenas 5 entre 442 resumos aceitos em uma conferência internacional sobre qualidade de vida eram referentes a dependentes de álcool¹⁵. Fica a indagação de como seria a qualidade de vida destas pessoas, uma vez que estudos anteriores mostraram uma queda significativa da qualidade quando relacionada a casos de comorbidade psiquiátrica⁶.

A conceituação e a medição da qualidade de vida iniciou em meados dos anos 80. Em pouco tempo isto foi transformado em um projeto que foi sendo inserido em centros de saúde; entretanto, a aplicação mais importante foi a sensibilização dos profissionais especializados de modo a observarem além das doenças, limitações ou sintomas³⁹.

Embora não exista um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes ao construto "QDV" foram obtidos através de um grupo de especialistas de diferentes culturas, são eles: subjetividade, multidimensionalidade, presença de dimensões positivas (exemplo: mobilidade) e dimensões negativas (exemplo: dor). O desenvolvimento destes elementos conduzem à definição de qualidade de vida como a percepção individual que a pessoa tem quanto as suas posições na vida, com seus valores dentro de um contexto cultural no qual está inserida, e na interação com os próprios objetivos, expectativas, princípios e preocupações. Abrange assim uma totalidade sustentada pela saúde física, estado psicológico, grau de independência, relacionamentos sociais, relações com o meio ambiente e crenças pessoais ⁴⁰.

Segundo **Ware & Sherbourne (1992)**, a escala SF-36 mostrou eficiência nas pesquisas para tratamento do álcool em cuidados primários de saúde, pois a mensuração parece ser sensível à presença da dependência do álcool e padrões de consumo. Essa escala tem a capacidade de avaliar mudanças significativas na qualidade de vida tanto de pacientes considerados dependentes, como em pacientes de outros diagnósticos.

Estudos mostram que pacientes de cuidados primários de saúde, diagnosticados como dependentes alcoólicos, apresentam uma baixa qualidade de vida, diferindo daqueles que são considerados abusadores de álcool. No entanto, indivíduos que bebem em pequenas quantidades mas com maior frequência, possuem uma qualidade de vida superior. Estes resultados foram obtidos pela escala SF-36, que pode fornecer importantes indicadores de tratamento ³⁶. Dados interessantes também são obtidos através da escala SF-36 ao comparar a qualidade de vida de gêmeos não dependentes de álcool com seus parceiros gêmeos dependentes, no qual concluiu-se que as diferenças encontradas entre os dois grupos

estavam associadas a co-variações de problemas físicos, psiquiátricos e à dependência de drogas e nicotina ³⁰.

O presente trabalho tem como objetivo traçar um perfil da qualidade de vida através da escala SF-36 em dependentes alcóolicos, visando pesquisar a influência da QDV no tratamento do alcoolismo, fornecendo então meios para diferenciar a qualidade de vida entre alcoolistas com problemas físicos instalados (Ambulatório de Gastroenterologia em Hospital Geral) daqueles que procuram tratamento ambulatorial especializado em Dependência Química, visando a melhor compreensão da dinâmica do dependente para a futura estruturação de intervenções mais efetivas.

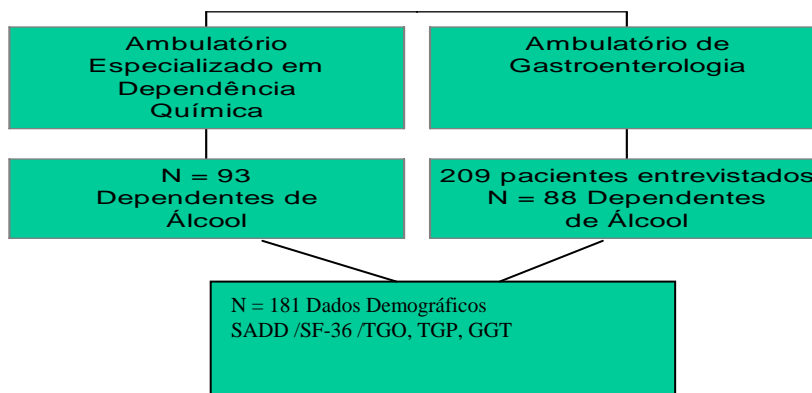
Métodos

1 - Amostra

O estudo foi realizado no Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo, durante o ano de 1999, com 181 pacientes, sendo que 49% (N=88) procurou tratamento no ambulatório de Gastroenterologia e 51% (N=93) foi atendido no ambulatório especializado no tratamento de Dependência Química (Uniad: Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas do Departamento de Psiquiatria). No ambulatório de gastroenterologia foi necessário, inicialmente, a aplicação de uma escala de rastreamento, AUDIT (Alcohol Disorder Identification Test), com o objetivo de identificar bebedores com consumo nocivo ou dependentes de álcool, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde ^{3;31}, utilizada em versão adaptada ao idioma português ¹². A partir do escore positivo (ponto de corte ≥ 8), os respectivos pacientes foram submetidos posteriormente à entrevista, sendo esta na primeira consulta dos referidos serviços - **Figura 1.**

Foram excluídos pacientes com diagnóstico primário de dependência de outra substância psicotrópica sem ser álcool, confusão mental, sexo feminino e hepatopatas que não foram diagnosticados como dependentes do álcool.

Figura 1 – Amostra total e instrumentos utilizados no ambulatório de gastroenterologia e no ambulatório especializado em Dependência Química da UNIFESP – São Paulo, 1999 (N=302)



2 - Instrumento

A entrevista foi realizada por três entrevistadores no local de tratamento, com duração aproximada de 25 minutos, contendo perguntas com respostas fechadas de múltipla escolha. A primeira parte constava de dados sociodemográficos. A segunda parte avaliava o grau de severidade da dependência alcoólica através do SADD. Este instrumento foi elaborado por **Raistrick et al. (1983)** da versão original (ADD) perfazendo 15 itens, sendo posteriormente validado no Brasil por **Jorge e Masur (1985)**. A terceira parte averiguava o padrão de qualidade de vida através do SF-36, que contava com 36 itens que avaliavam: aspectos físicos, capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais, emocionais, saúde mental e vitalidade. Este instrumento foi validado no Brasil por **Cicconelli (1997)** em pacientes portadores de artrite reumatóide, sendo encontrada uma reprodutibilidade de coeficiente de correlação de Pearson = .44 a .84 (intraobservador) e .55 a .81 (interobservador).

O SF-36 investiga o padrão de qualidade de vida através de uma avaliação genérica da saúde não específica para uma determinada doença, idade ou grupo de tratamento¹⁷. Derivado de um questionário com 149 itens desenvolvidos e testados em 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde. Em 1991, foi validado oficialmente em 14 países³⁷.

Além da entrevista foram analisadas as enzimas de TGO, TGP, GGT com o objetivo de investigar possíveis comprometimentos hepáticos entre os dois grupos.

3 - Análise Estatística

Foi utilizado o teste T para a comparação de médias entre os grupos nas variáveis numéricas com distribuição normal. Apenas na subescala de Aspectos Emocionais (SF-36) foi aplicado logaritmo para obtenção da distribuição normal. Nas variáveis em que não foi obtida distribuição normal, foi utilizado o teste Mann Whitney; e para as variáveis categóricas foi utilizado o Qui Quadrado.

Resultados

Durante o período de 13 meses, foram entrevistados 209 pacientes no ambulatório de Gastroenterologia; destes, 42% (88) obteve pontuação ≥ 8 através da aplicação do Audit.

Os dados demográficos dos entrevistados em ambos ambulatórios são demonstrados em maiores detalhes na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Distribuição dos dados demográficos de dependentes de álcool em tratamento nos ambulatório de gastroenterologia e no ambulatório especializado em Dependência Química da UNIFESP - São Paulo, 1999 (N=181)

| | GASTROENTEROLOGIA N=88 | UNIAD N=93 | p≤,05* |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------|---------------|
| Idade | 47 anos (DP=11) | 40 anos (DP=10) | 0,01 |
| Cor | | | |
| Branços | (61) 70% | (72) 78% | 0,17 |
| Não Brancos | (27) 30% | (20) 22% | |
| Estado Civil | | | |
| Casados e amasiados | (29) 33% | (33) 35% | 0,72 |
| Não casados | (59) 67% | (60) 65% | |
| Escolaridade | | | |
| Ensino Fundamental | (58) 66% | (47) 51% | 0,10 |
| Ensino Médio | (22) 25% | (32) 34% | |
| Superior | (8) 9% | (14) 15% | |
| Trabalhou no último ano | | | |
| Período Integral | (46) 52,3% | (50) 54% | 0,60 |
| Período Parcial | (24) 27,3% | (29) 31% | |
| Não trabalhou no último ano | (18) 20,4% | (14) 15% | |
| Ocupação | | | |
| Cargos Operacionais | (37) 42% | (38) 41% | 0,78 |
| Cargos Administrativos | (24) 28% | (30) 32% | |
| Sem Ocupação | (26) 30% | (25) 27% | |
| Renda Familiar | | | |
| 1-10 salários mínimo | (70) 80% | (66) 73% | 0,35 |
| 10-20 salários mínimo | (12) 13% | (13) 14% | |
| Mais de 20 salários mínimo | (6) 7% | (12) 13% | |

* Test T e Qui Quadrado

Quanto ao Grau de Severidade da Dependência Alcoólica foi encontrada uma diferença significativa (**p=0,01**) em relação ao ambulatório especializado que apresentou média=22 (DP=9), com maior frequência de dependência grave (63%), diferindo do ambulatório de gastroenterologia que apresentou média=16 (Dp=8), onde foi mais frequente a dependência moderada (41%).

Com relação a análise de TGO, TGP e GGT para a verificação do comprometimento hepático, ocorreu uma diferença significativa apenas na média de TGO

($p=0,043$), que foi superior nos pacientes da gastroenterologia quando comparados com o outro grupo. **Tabela 2**

Tabela 2 - Distribuição das médias dos exames TGO, TGP e GGT entre dependentes de álcool em tratamento nos ambulatórios de gastroenterologia e especializado em Dependência Química da UNIFESP - São Paulo, 1999 (N=181)

| Exames/Ambulatório | Uniad | Gastroenterologia | $p \leq,05^*$ |
|--------------------|----------------|-------------------|---------------|
| TGO (N=152) | 42(24-59) | 47(29-80) | 0,04 |
| TGP (N=181) | 34(21-64) | 34(22,3-55,3) | 0,9 |
| GGT (N=122) | 69(39,5-160,5) | 104(57-217) | 0,1 |

* *Mann Whitney*

Quanto ao padrão de qualidade de vida, foram encontradas diferenças significantes em saúde mental e capacidade funcional: no ambulatório especializado os pacientes apresentam em saúde mental qualidade inferior, assim como os pacientes da gastroenterologia apresentaram qualidade inferior em capacidade funcional. Nas subescalas restantes não foram encontrados resultados estatisticamente significantes. **Tabela 3**

Tabela 3 - Distribuição das médias da escala SF-36 entre dependentes de álcool em tratamento nos ambulatórios de gastroenterologia e especializado em Dependência Química da UNIFESP - São Paulo, 1999 (N=181)

| SF-36 | Gastroenterologia N=88 | Uniad N=93 | $p \leq,05^*$ |
|-----------------------------|---------------------------|---------------|---------------|
| Aspectos Físicos | 40 | 51 | 0,08 |
| Aspectos Sociais | 62 | 56 | 0,21 |
| Capacidade Funcional | 66 | 79 | 0,001 |
| Saúde Mental | 61 | 52 | 0,01 |
| Vitalidade | 56 | 56 | 0,99 |
| Saúde Geral | 58 | 62 | 0,32 |
| Dor | 58 | 61 | 0,48 |
| Aspectos Emocionais | 1,30 | 1,07 | 0,09 |

* *Test T*

Discussão

Ao analisar os dados demográficos foi observada uma certa homogeneidade, apenas ressaltando a idade mais elevada nos pacientes da gastroenterologia frente aos pacientes do ambulatório especializado.

A análise dos resultados dos exames de TGO, TGP e GGT visou obter uma medida não verbal e objetiva para diferenciar pacientes com problemas físicos relacionados ao álcool. A similaridade de resultados encontrada entre as duas amostras pode ser confirmada através dos valores das enzimas, onde estes pacientes mostraram ser semelhantes do ponto de vista físico. Foi encontrada diferença significativa apenas em TGO com valor superior para os pacientes da gastroenterologia, a mesma população que apresenta uma qualidade inferior quanto ao aspecto funcional, cujo resultado pode ser questionado devido a utilização de um teste não paramétrico na análise destes.

Embora o SF-36 tenha algumas limitações como a exclusão de alguns conceitos, podendo não demonstrar alterações em aspectos específicos⁵, dado que talvez tenha colaborado para este estudo não ter obtido maiores diferenças entre os dois grupos, é um instrumento de fácil manuseio, permite a qualquer profissional de saúde detectar genericamente aspectos importantes do momento de vida em que o paciente encontra-se, ajudando a identificar os meios pelos quais as doenças afetam as pessoas, encorajando profissionais de saúde a focalizarem a atenção sobre os aspectos positivos da vida dos pacientes³⁹, além de poder ser aplicado em qualquer população e servir de comparação entre pacientes com diferentes diagnósticos²⁷.

Ao observar a qualidade de vida da presente pesquisa, foi interessante notar o fato destas duas populações possuírem um padrão semelhante, diferindo apenas nos aspectos de saúde mental ($p=0,01$) e capacidade funcional ($p=0,001$). Fato que surpreendeu, uma vez que o esperado era encontrar maiores

diferenças e que também poderiam ser justificadas pela severidade da dependência alcoólica encontrada nos pacientes do ambulatório especializado. **Trefault (1997)**, mencionou que entre os homens, o alcoolismo é o principal problema de saúde mental; dado que pode ser relacionado a severidade de dependência alcoólica grave encontrada no ambulatório especializado, onde estes pacientes apresentaram uma qualidade inferior em saúde mental.

Wodak et al. (1983) mostraram que pacientes que desenvolviam alguma doença hepática geralmente eram menos dependentes do álcool, enfrentavam menos problemas sociais e psicológicos, e bebiam por mais anos do que os pacientes que não desenvolviam doença hepática; resultados estes que foram encontrados, uma vez que a saúde física dos pacientes da gastroenterologia foi agravada por danos hepáticos o que de certa forma justifica a saúde mental preservada dos mesmos. Vale ressaltar a incidência de 42% de dependentes do álcool encontrada neste ambulatório, ressaltando a importância de um tratamento especializado em dependência alcoólica, mesmo para aqueles que não o procuram ^{16;13}.

A população estudada apresentou de forma genérica uma qualidade de vida mediana, uma vez que os resultados giraram em torno de 40 à 66 para os pacientes da gastroenterologia e de 51 à 79 para os pacientes do ambulatório especializado, baseados na medida utilizada para avaliar o nível da qualidade de vida do indivíduo, na qual considera-se "0" para morbidade e "100" para o melhor padrão de qualidade ⁷. Dados da literatura mostram que dependentes do álcool têm uma queda significativa no grau de qualidade, quando ligada a casos de co-morbidade psiquiátrica, cujos transtornos de personalidade são os mais correlacionados com a dependência alcoólica ⁶. No entanto, levando em conta a variação encontrada, os pacientes da gastroenterologia que possuem co-morbidade física, foram os que apontaram qualidade de vida inferior.

O uso excessivo do álcool tem sido associado a uma variedade de consequências prejudiciais, como acidente de trânsito e mortes, comportamento sexual inseguro, suicídio, violência doméstica e crime ²⁵, ou seja, áreas importantes na vida da pessoa são atingidas,

interferindo assim na qualidade de vida, podendo levá-la a procurar atendimento médico devido a queixas físicas e não precisamente pela busca de um atendimento especializado. Neste sentido, os serviços necessitam de uma organização de modo a lidar efetivamente com diagnóstico e tratamento do paciente, que precisa ser abordado não apenas no seu comprometimento físico, mas também em suas conseqüências emocionais, psicológicas e sociais, e para este tipo de intervenção, a abordagem da qualidade de vida pode ser um valioso recurso a ser utilizado.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1996), todas as formas estudadas para a redução do consumo de álcool estão associadas a uma melhora na saúde de modo geral, porém as políticas de saúde pública relativas ao álcool não devem estar baseadas apenas na mortalidade. Deve-se considerar todas as conseqüências da ingestão, tais como morbidez, problemas criminais e sociais, bem como a qualidade de vida. Tal dado afirma a necessidade de intervenções mais adequadas no tratamento de dependentes de álcool, uma vez que estes possuem um estilo de vida comprometido, e que esta doença está diretamente associada a fatores como família, cultura e sociedade. A melhora da qualidade de vida pode funcionar como um estímulo motivador para a interrupção do beber.

Com a evolução da área de saúde, os esforços médicos que eram concentrados em termos de ganho de anos em sobrevida, foram sendo adaptados com o propósito de oferecer aos pacientes vida, porém com qualidade. Neste momento da história o conceito de qualidade de vida passou a servir como meio de avaliação para qualquer tipo de tratamento e atualmente, somado a idéias econômicas incorporadas na área de saúde, a relação entre custo e benefício das possíveis formas de intervenções, deve ser levada em conta pelo profissional de saúde como critério de decisão em seus procedimentos ¹¹. Acompanhando a

evolução da área de saúde e a importância de medir a qualidade de vida, o paciente poderá participar do processo de escolha de tais intervenções, cujo é de seu interesse o desfecho final e conseqüentemente, a utilização dos recursos destinados à área da saúde poderá melhorar, beneficiando a sociedade como um todo ¹⁹.

Mesmo sendo identificadas certas limitações na escala utilizada e ainda nas próprias análises estatísticas pudemos encontrar de modo geral, uma certa similaridade entre os dois grupos e concluir a necessidade de tratamento em dependência alcoólica tanto para os pacientes que procuram o serviço especializado quanto para os pacientes que procuram assistência no hospital geral, ou seja, é necessário intervir não só nas pessoas que procuram tratamento especializado, que infelizmente acabam sendo a minoria ^{4:12}, assim como é possível utilizar uma abordagem que diz respeito a qualidade de vida destes pacientes para tal intervenção.

AGRADECIMENTOS

Fapesp pelo suporte financeiro concedido através da bolsa de iniciação científica;
Neliana Buzi Figlie e a todos os funcionários da Uniad.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amodeo M, Kurtz N, Cutter HSG. Abstinence, reasons for not drinking, and life satisfaction. *Inter J Add* 1992; 27(6):707-716.
2. Ball J. Compreendendo as Doenças - Pequeno Manual Profissional de Saúde. Ed. Ágora, São Paulo, 1998.
3. Barbor TF, 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.
4. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief Interventions for Alcohol Problems: a review. *Addiction* 1993;88(3):315-335.

5. Caar AJ, Thompson PW, Kirwan Jr. Quality of Life Measures. *Journal of Rheumatology*, 1996, 35:275-281.
6. Castel S, Bhochgraf P, Andrade Ag. Transtornos Psiquiátricos Associados ao Uso de Substâncias Psicoativas. In: NETO, MRL et al. *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre, 1995.
7. Ciconelli Rm. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item. Short Form Health Survey (SF-36)”. São Paulo, 1997.
8. Chisholm D, Bhugra D. Social and economic aspects of quality of life measurement. *Eur Psychiatry* 1997; 12:210-215.
9. Daepem JB, Krieg MA, Burnand B, Yersin B. Mos-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998 Nov;24(4):685-94.
10. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. *O Tratamento do Alcoolismo: Um Guia para Profissionais da Saúde*. Ed. ArtMed, Porto Alegre, 1999.
11. Ferraz MB. Qualidade de Vida: conceito e breve histórico. *Revista Jovem Médico*, 1998, n4:219-222.
12. Figlie NB. Estudo da Motivação em Pacientes Tratados em Ambulatórios Especializados e Ambulatório de Gastroenterologia (dissertação). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.
13. Figlie NB, Pilon SC, Laranjeira RR, Dunn J. O AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? *J Bras Psiq* 1997; 46(11): 589-593.
14. Fleck M, P.Almeida. Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.
15. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ. Quality of life in alcohol-dependent subjects- a review. *Qual Life Res* 1999 May;8(3):255-61.
16. Grant BF. Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 1997; 58(4): 365-371.
17. Hayes V, Morris J, Wolf C, Morgan M. The SF-36 Health Survey Questionnaire: Is it suitable for use with older adults? *Age Ageing*, 1995, 24:120-125.
18. Jorge MR, Masur J. The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. *Br J Addict*, 1985, 80:301-305.

19. Kuyken W, Orley J, Judelson P, Sartorius N. Quality of Life Assessment Across Cultures. *J Ment. Health*, 1994, 23(2):5-27.
20. Laranjeira R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. *J Bras Psiqui*, 1996, 45(4): 191-196.
21. Laranjeira R, Pinsky IO. *Alcoolismo*. Ed Contexto, São Paulo, 1998.
22. Laranjeira R, Nicastrí S.- Abuso e dependência de álcool e drogas. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R. *Manual de Psiquiatria*. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1996. p. 81-112.
23. Longabaugh R, Mattson ME, **et al**. Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research. *J of Stud on Alcoh*, 1994, 12(Suppl):119-129.
24. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-IV*. In: *Transtornos Induzidos por Substâncias; Transtornos Relacionados ao Álcool*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.
25. Marlatt G, Alan e col. *Redução de Danos: Estratégias Práticas para Lidar com Comportamentos de Alto Risco*. Ed. Artmed, Porto Alegre, 1999.
26. Mincis M. Doença Hepática Alcoólica: Atualização 1992. *Ver Hosp São Paulo - Esc Paul Med*, 1992, 4(1/4):23-31.
27. Muaskopf JA, Austin R, Dix L, Berzon RA. Estimating the Value of a Generic Quality of Life Measure. *Med Care*, 1995, 33(1):AS195-AS202.
28. Patience D, Buxton M, Chick J, Howlett H, McKenna M, Ritson B. The SECCAT Survey: II. The alcohol related problems questionnaire as a proxy for resource costs and quality of life in alcoholism treatment. Study of socio-economic consequences and costs of alcoholism and treatment. *Alcohol*, 1997 Jan-Feb;32(1):79-84.
29. Raistrick D, Dunbar G, Davidson R. Development of questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 1983; 78:89-95.
30. Romeis JC, Waterman B, Scherrer JF, Goldberg J, Eisen SA, Heath AC, Bucholz KK, Slutske WS, Lyons MJ, Tsuang MT, True WR. The impact of sociodemographics, comorbidity and symptom recency on health-related quality of life in alcoholics. *J Stud Alcohol*, 1999 Sep;60(5):653-62.
31. Rudolf H, Priebe S. Similarities and differences in subjective quality of life of alcoholic women. *Psychiatr Prax*, 1999 May;26(3):116-21.

32. Saunders JB, Aasland OG, Babor TR, 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.
33. Saxena S, Orley J, et al. Quality of life assessment; the World Health Organization perspective. *Eur Psychiatry*, 1997;12(Suppl):263s-266s.
34. Vaillant GE. As Adições ao longo da vida-implicações terapêuticas. In: Edwards G, Dare C. *Psicoterapia e Tratamento de Adições Artes Médicas*, Porto Alegre, 1997.
35. Vodak AD, Saunders JB, Ewushi-Mensah L, Davies M, Williams R. Severity of alcohol dependence in patients with alcoholic liver disease. *Br Med J*, 1983; 287:1420-1422.
36. Volk RJ, et al. Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. *Alcoholism-Clinical and Experimental R*. 1997; 21:899-905.
37. Ware JE, Sherbourne CD. The Mos 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). *Medical Care* 1992; 30(6):473-481.
38. WHO. Published erratum appears in *Addiction* 1996 Jun; 91(6):896. *Addiction* 1996 Feb;91(2):275-83.
39. WHOQOL Group. People and Health: What quality of life? *World Health Forum* 1996, 17:354-356.
40. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Mental Health*, 1994; 23:24-56.