

Como é a Qualidade de Vida dos Dependentes de Álcool ?

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

RESUMO

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, podendo ser observado um padrão semelhante na qualidade de vida destas duas amostras.

Quanto a Severidade da Dependência Alcoólica, pesquisada através do Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD), foi encontrada diferença significante entre os grupos, predominando a dependência grave no ambulatório especializado (Média=22/DP=9), diferindo do ambulatório de gastroenterologia onde foi mais freqüente a dependência moderada (Média=16/DP=8).

O artigo tem como proposta discutir a necessidade de uma intervenção não apenas nas pessoas que procuram tratamento especializado, bem como nos pacientes que encontram-se em ambiente hospitalar e a importância de realizar uma abordagem da qualidade de vida no tratamento do alcoolismo.

O RESUMO ESTÁ MUITO LONGO E CREIO QUE COM MUITOS NÚMEROS, NÃO É NECESSÁRIO COLOCAR MÉDIA E DESVIO PADRÃO NO RESUMO

UNITERMOS: SF-36; qualidade de vida; álcool; tratamento; intervenção.

INTRODUÇÃO

O abuso E 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 nas pessoas; e o custo social das pessoas que não procuram tratamento (**Laranjeira, 1996**).

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 alcólicas (**NÃO CREIO QUE O CAROL SEJA A MELHOR REFERÊNCIA AQUI.....Sonenreich, 1970**). A dependência afeta profundamente o estilo de vida do alcoolista, predominando o uso ou a recuperação dos efeitos do álcool (**Ferreira e Laranjeira, 1995**).

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 álcool (**Foster JH, 1999**). Fica a indagação de como seria a qualidade de vida destas pessoas, uma vez que estudos anteriores mostraram uma queda significativa da qualidade quando relaciona a casos de comorbidade psiquiátrica (**Andrade e Fortes, 1991**).

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, ou seja, subjetividade, multidimensionalidade, presença de dimensões positivas (por exemplo, mobilidade) e dimensões negativas (por 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 (**OMS, suppl 3, 1997**).

Segundo **Ware & Sherbourne (1992)**, a escala SF-36 mostrou eficiência nas pesquisas para tratamento do álcool em primeiros cuidados (?????CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE ??DEVE SER), 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 (COM.....) outros diagnósticos.

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 atendimento ambulatorial especializado no tratamento de 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, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (**Barbor & Grant, 1989; Saunders et al, 1993**), sendo utilizada uma versão adaptada ao idioma português (**Figlie, 1997**). 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.

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.

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 tratamento (**Hayes et al., 1995**). Este instrumento foi 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 países (**Ware e Sherbourne, 1992**).

ALÉM DA entrevista foram analisadas as enzimas de TGO, TGP, GGT a fim de 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 alcoolistas em tratamento nos ambulatório de gastroenterologia e no ambulatório especializado em Dependência Química da UNIFESP - São Paulo, 1999 (N=181)

GASTROENTEROLOGIA N= 88 UNIA D N= 93 $p \leq 0,05$ * **Idade** 47 anos (DP=11) 40 anos (DP=10) **0,01** **Cor** Brancos(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 mínimos(70) 80%(66) 73% 0,35 10-20 salários mínimos(12) 13%(13) 14% Mais de 20 salários mínimos(6) 7%(12) 13% * *Test T e Qui Quadrado*

DEVE TER OCORRIDO ALGUM ERRO NA TABELA

Quanto ao Grau de Severidade da Dependência Alcoólica foi encontrada uma diferença SIGNIFICATIVA significativa ($p=0,01$) em relação ao ambulatório especializado que apresentou Média=22 (DP=9), com maior freqüência 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 ??????significante referente a TGO ($p=0,043$) nos pacientes da gastroenterologia. **Tabela 2**

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

Ambulatório / Exames **TGO (N=152)** **TGP (N=181)** **GGT (N=122)** **Uniad** 42(24-59) 34(21-64) 69(39,5-160,5) **Gastroenterologia** 47(29-80) 34(22,3-55,3) 104(57-217) $p \leq 0,05$ * **0,040,90,1** * *Mann Whitney*

Quanto ao padrão de qualidade de vida, foram encontradas diferenças ?????significantes em saúde mental, sendo que os pacientes do ambulatório especializado apresentaram qualidade inferior quando comparados ao grupo da gastroenterologia, e capacidade funcional, uma vez que os pacientes da gastroenterologia apresentaram

qualidade inferior em relação aos pacientes do ambulatório especializado. Nas subescalas restantes não foram encontrados resultados estatisticamente significantes. (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das médias da escala SF-36 entre alcoolistas 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	40510,08	Aspectos Sociais	62560,21	Capacidade Funcional	66790,00	Saúde
Mental	61520,01	Vitalidade	56560,99	Saúde Geral	58620,32	Dor
Emocionais	1,301,07	0,09*	<i>Test T.</i>			

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. Neste sentido foi refletido que o consumo alcoólico a longo prazo acarreta danos físicos que necessitam de assistência médica e classicamente, a cirrose associa-se a um longo histórico de alcoolismo (**Ball, 1998**), que poderia ser uma das razões que explicaria a idade superior nos pacientes da gastroenterologia. (ESTE PARÁGRAFO ESTÁ MAL ESCRITO, NÃO ENTENDI O QUE VC QUIS DIZER. O MELHOR É COMEÇAR UMA DISCUSSÃO COM O RESUMO DO QUE É IMPORTANTE E DAS LIMITAÇÕES DO ESTUDO)

Chama atenção a PREVALÊNCIA ///incidência de 42% de dependentes do álcool encontrada no ambulatório de gastroenterologia, ressaltando a importância de um tratamento especializado em dependência alcoólica, mesmo para aqueles que não o procuram (**Grant, 1997; Figlie, 1999**).

A análise dos resultados dos exames de TGO, TGP e GGT visou obter uma medida não verbal para diferenciar pacientes com problemas físicos relacionados ao álcool. Pesquisas têm mostrado que instrumentos verbais têm valor quando as pessoas não estão apreensivas ou defensivas, podendo não ser de semelhante valor quando estas têm razões para negar o beber excessivo (**Barbor et al., in press**). Assim, a similaridade de resultados encontrada entre as duas amostras pode ser confirmada através dos valores das enzimas, onde estes pacientes são muito 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 resultados. Daí, novamente a necessidade de não tratar apenas quadros hepáticos, mas também quadros em que a dependência de álcool esteja diagnosticada e/ou vice-versa.

Embora o SF-36 tenha algumas limitações devido ao não aprofundamento da percepção do paciente quanto a sua qualidade de vida (**Hayes et al.,1995**), é um instrumento de fácil manuseio, permite a qualquer profissional de saúde detectar, de forma generalizada, 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 pacientes e de como podem ser fortalecidos por estes mesmos aspectos (**WHOQOL Group, 1996**).

Outros estudos mostram que pacientes de primeiros cuidados, diagnosticados como dependentes alcoólicos, apresentam uma baixa qualidade de vida, diferindo daqueles que foram considerados abusadores de álcool. No entanto, indivíduos que bebem em pequenas quantidades mas com maior frequência, encontraram uma qualidade de vida superior. Estes resultados foram obtidos pela escala SF-36, que pode fornecer importantes indicadores de tratamento (**Volk et al.,1997**). Outro estudo realizado com a escala SF-36 pode fornecer dados interessantes ao comparar a qualidade de vida de gêmeos não alcoolistas com seus parceiros gêmeos alcoolistas, 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 (**Romeis et al, 1999**).

Valores obtidos através do SF-36 para dependentes de álcool, comparados aos resultados observados na população em geral foram relativamente baixos, indicando uma pior percepção de qualidade de vida, especialmente quanto à dimensão psicológica e de desempenho de papel (variação entre 52/100 e 55/100), porém mais próximos dos valores da população em geral quanto às dimensões físicas e funcionais (variação entre 61/100 e 75/100). As dimensões do SF-36 foram de 10 a 14% mais baixas em pacientes com resultados elevados quanto aos índices de adição severa ao álcool (ASI Álcool), indicando perfis piores de qualidade de vida, sugerindo assim que pacientes dependentes de álcool percebiam seus problemas como sendo mais de ordem psicológica do que física. A severidade da dependência alcoólica e de depressão parecem então influenciar negativamente a percepção da qualidade de vida (**Daeppen et al, 1998**). 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 ainda poderiam ser justificadas pela severidade da dependência alcoólica encontrada nos pacientes do ambulatório especializado. **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 citar que **Trefault (1997)**, mencionou que entre os homens, o alcoolismo é o principal problema de saúde mental; e este dado pode ser relacionado a severidade de dependência alcoólica grave encontrada nos pacientes do ambulatório especializado, uma vez que estes apresentaram uma qualidade inferior no que se refere a aspectos de saúde mental.

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 (**Ciconelli, 1997**). 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 (**Andrade e Fortes 1991**). No entanto, levando em conta a variação encontrada na presente pesquisa, 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 (NHTSA, 1944), comportamento sexual inseguro (Struinin e Hingson, 1993), suicídio (Chassin e DeLucia, 1996), violência doméstica (Kantor, 1993) e crime (Collins e Messerschmidt, 1993). Ou seja, áreas importantes na vida da pessoa são atingidas, interferindo assim na qualidade de vida deste, que muitas vezes procura atendimento médico devido a queixas físicas e não precisamente pela busca de um atendimento especializado. Os serviços de ajuda necessitam de uma

organização de modo a lidar efetivamente com diagnóstico e tratamento na esfera física, o profissional de saúde necessita estar alerta para as possíveis consequências e comprometimentos, e desta forma abordar o paciente de diversas maneiras pode melhor auxiliá-lo. A aplicação de uma abordagem sobre qualidade de vida pode então oferecer-lhe meios de intervenções.

A conceituação e a medição da qualidade de vida das pessoas 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 sintomas (**WHOQOL Group, 1996**). 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 consequências da ingestão, tais como morbidez, consequências criminais e sociais, bem como a qualidade de vida. Tal dado afirma a necessidade de intervenções mais adequadas no tratamento de alcoolistas, 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 cessão do beber do indivíduo.

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 do tratamento especializado tanto para dependentes de álcool como para pacientes hepatopatas, ou seja, é necessário intervir não só nas pessoas

que procuram tratamento especializado, que infelizmente acabam sendo a minoria (**Blen et al.,1993; Figlie, 1999**). Assim como é possível utilizar uma abordagem que diz respeito a qualidade de vida destes pacientes para tal intervenção, pois através desta identificamos a similaridade entre os dois grupos.

ACHEI QUE A DISCUSSÃO PRECISA SER MAIS TRABALHADA... MAIS ESTRUTURA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMODEO M, KURTZ N, CUTTER HSG. Abstinence, reasons for not drinking, and life satisfaction. *Inter J Add* 1992; 27(6):707-716.

BALL J. Compreendendo as Doenças - Pequeno Manual Profissional de Saúde. Ed. Ágora, São Paulo, 1998.

BABOR 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.

CASTEL S, BHOCHGRAF P, ANDRADE AG. Transtornos Psiquiátricos Associados ao Uso de Substâncias Psicoativas. In: NETO, MRL **et al.** *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre, 1995.

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.

CHISHOLM D, BHUGRA D. Social and economic aspects of quality of life measurement. *Eur Psychiatry* 1997; 12:210-215.

DAEPPM 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.

EDWARDS G, MARSHALL EJ, COOK CCH. *O Tratamento do Alcoolismo: Um Guia para Profissionais da Saúde*. Ed. ArtMed, Porto Alegre, 1999.

FIGLIE NB. *Estudo da Motivação em Pacientes Tratados em Ambulatórios Especializados e Ambulatório de Gastroenterologia (dissertação)*. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo,1999.

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.

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.

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.

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.

LARANJEIRA R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. J Bras Psiqu,1996, 45(4): 191-196.

LARANJEIRA R, PINSKY IO. Alcoolismo. Ed Contexto, São Paulo, 1998.

LARANJEIRA R, NICASTRI 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.

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.

----- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-IV. In: Transtornos Induzidos por Substâncias; Transtornos Relacionados ao Álcool. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

MARLATT G, Alan e col. Redução de Danos: Estratégias Práticas para Lidar com Comportamentos de Alto Risco. Ed. Artmed, Porto Alegre, 1999.

MINCIS M. Doença Hepática Alcoólica: Atualização 1992. Ver Hosp São Paulo - Esc Paul Med, 4(1/4):23-31, 1992.

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.

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.

RUDOLF H, PRIEBE S. Similarities and differences in subjective quality of life of alcoholic women. *Psychiatr Prax*,1999 May;26(3):116-21.

SAXENA S, ORLEY J, et al. Quality of life assessment; the World Health Organization perspective. *Eur Psychiatry*, 1997;12(Suppl):263s-266s.

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.

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.

WARE JE, SHERBOURNE CD. The Mos 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). *Medical Care* 1992; 30(6):473-481.

WHO. Published erratum appears in *Addiction* 1996 Jun; 91(6):896. *Addiction* 1996 Feb;91(2):275-83.

WHOQOL Group. *People and Health: What quality of life?* *World Health Forum* 1996, 17:354-356.