

**NELIANA BUZI FIGLIE**

**MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO  
DO ALCOOLISMO**

Tese apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo – Escola Paulista  
de Medicina para obtenção do título de  
Doutor em Ciências

**SÃO PAULO**  
2004

***Figlie, Neliana Buzi***

***Motivação para Tratamento do Alcoolismo./ Neliana Buzi Figlie.---São Paulo. 2004.***

***140 p.***

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

***Título em inglês: Motivation to alcoholism treatment***

***1.Alcoolismo. 2. Motivação. 3.Psicometria. 4.Pacientes ambulatoriais.***

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

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA**

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA**

**Prof. Dr. Miguel R. Jorge**  
Coordenador da Pós-graduação em Psiquiatria

**Prof. Dr. José Cássio do Nascimento Pitta**  
Chefe do Departamento de Psiquiatria

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**

Lead Consultant in Substance Misuse and Honorary Senior Lecturer, Camden  
& Islington Mental Health & Social Care Trust, London - UK.

*É o olhar para as coisas durante um longo tempo que torna você mais maduro e o faz ter uma compreensão mais profunda.*

*Vincent van Gogh  
1853-1890*

## AGRADECIMENTOS

---

Gostaria de agradecer a todos aqueles que me auxiliaram, apoiaram e confiaram em meu trabalho. Hoje posso dizer que, depois de uma longa jornada, mudei minha forma de pensar, raciocinar, ensinar, redigir e ler um artigo científico e, por isso espero poder retribuir o que aprendi.

Esta tese contém informações apreendidas ao longo desse processo de aprendizagem, com amigos, colegas de trabalho, professores e, principalmente, pacientes dependentes químicos. Por isso, gostaria que alguma pessoa que tenha participado, de alguma forma, se considere agradecida por mim e um agradecimento especial:

Ronaldo Laranjeira, aquele que me aponta as direções e rumos corretos em minha carreira e que, nas horas decisivas, sempre está presente para apoiar e ajudar.

John Dunn que, com toda a paciência do mundo, soube me ensinar, me acalmar e me corrigir.

Toda a equipe do ambulatório de Gastroenterologia Clínica do Hospital São Paulo, que permitiu a realização deste trabalho.

Aos professores do curso de pós-graduação da UNIFESP, pelos ensinamentos transmitidos, em especial aos professores do Departamento de Psiquiatria.

Às psicólogas Janaína Turisco e Roberta Payá, que prestaram um auxílio imprescindível na coleta de dados e por quem nutro um carinho especial, pois pude compartilhar o crescimento profissional de ambas que, por meio desse estudo, realizaram a sua iniciação científica e publicaram trabalhos na área. Em especial, à Roberta Payá, que atualmente está fazendo seu mestrado na Kings College - Londres.

Aos colegas da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) que me auxiliaram e apostaram no meu trabalho, fornecendo condições para o meu crescimento e desenvolvimento profissional, com um agradecimento especial ao Luca

Todos os pesquisadores e colegas de trabalho que se corresponderam comigo e que me enviaram indicações, materiais e artigos vitais para a estruturação e realização do estudo.

*Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo suporte financeiro – Processo nº 99/09601-8.*

Ao Consulado Geral dos Estados Unidos - São Paulo, que me propiciou a oportunidade de conhecer serviços internacionais e profissionais da área da dependência química, que muito colaboraram para o meu aperfeiçoamento.

Jorge Luis Bazan, pelo minucioso e incansável trabalho de análise estatística.

Celina Andrade Pereira, Cláudia Cristina Camargo, Elizabete Milagres e todos aqueles que trabalham duro no CUIDA e no Independência.

Aos colegas da UNIAD (Unidade de Pesquisa em álcool e Drogas), que sempre demonstraram colaboração, respeito e admiração pelo meu trabalho.

Aos secretários e secretárias, por seu zelo e dedicação, em especial: Zuleika, Altino, Rose, Taty e Lia.

Tábata, uma das minhas melhores alunas no IV Curso de Aconselhamento em Dependência Química, que gentilmente me cedeu seu modelo de apresentação de slides.

Ana Maria Serra, pelo cuidado e apoio que me ampararam e me sustentaram para enfrentar este momento.

Olivar, por todo incentivo, amor e apoio recebidos, que me propiciaram alcançar este momento.

Minha família, por sua ajuda, amor e carinho e à qual sou infinitamente grata.

## SUMÁRIO

---

RESUMO.....	1
ABSTRACT.....	2
I – INTRODUÇÃO .....	3
1. Considerações gerais sobre o consumo, dependência de álcool e tratamento.....	3
2. Motivação.....	4
3. Os estágios de mudança.....	7
4. Alcoolismo e doenças gástricas.....	
5. Instrumentos para a mensuração da motivação.....	
II – OBJETIVOS GERAIS.....	13
III - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
IV – HIPÓTESE DO ESTUDO.....	15
V – MATERIAL E MÉTODOS .....	16
1. Amostra.....	16
2. Instrumento.....	16
2.1. Adaptação dos instrumentos URICA, SOCRATES e DrInc.....	19
3. Instrumento de rastreamento.....	
4. Critérios para seleção da amostra.....	20
5. Análise Estatística.....	
5.1. Análise comparativa	
5.2. Propriedades Psicométricas da SOCRATES	
5.3. Propriedades Psimométricas da URICA	
6. Cuidados Éticos.....	21
VI – RESULTADOS .....	22
1. Artigo 1: The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fargerstrom questionnaires.....	23
2. Artigo 2: Motivation for Change in Alcohol Dependent Outpatients from Brazil.....	



3. Artigo 3: Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em pacientes dependentes de álcool tratados ambulatorialmente.....	
4. Artigo 4: Stages of Change in Alcohol Outpatients at the first appointment in treatment.....	
5. Artigo 5: Motivation to Change Drinking Behaviour Among outpatients With And Without gastric disease.....	
VII – CONCLUSÕES.....	34
VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
IX –ANEXOS .....	39
Anexo 1: Questionário.....	48
Anexo 2: Cartões com alternativas de respostas.....	62
Anexo3:Instrumentos.....	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 do Comitê de Ética da UNIFESP .....	
Anexo 5: Cartas de Aceitação dos Artigos Enviados para Revistas Científicas .....	

## TABELAS

---

1. **Introdução:** Tabela 1 - Estágios de Motivação para a mudança de comportamentos relacionados ao beber e sugestões de atuação de acordo com o estágio motivacional.
2. **Artigo 1:** Table 1 - Socio-demographic data of inpatients from a general hospital in São Paulo, Brazil.....141
3. **Artigo 2:** Table 1 - Confirmatory Factor Analysis with factor weight and Reliability analysis with Cronbach's alpha using the data from this study modeled on the proposed 3-factor structure of Miller & Tonigan (1996) and the 2-factor structure of Maisto et al. ....4
4. **Artigo 3:** Tabela 1 - Dados sócio-demográficos de 326 homens dependentes de álcool de duas instituições de tratamento ambulatorial.....92
5. **Artigo 3:** Tabela 2 - Padrão de consumo de álcool e marcadores biológicos de dependência de álcool entre homens de duas instituições de tratamento ambulatorial.....93
6. **Artigo 3:** Tabela 3 - Análise Fatorial Confirmatória da escala SOCRATES, com carga fatorial e análise de Confiabilidade usando o alfa de Cronbach deste estudo baseado na estrutura de três fatores proposta por Miller & Tonigan (1996) e na estrutura de dois fatores proposta por Maisto et al. (1999).....94
7. **Artigo 3:** Tabela 4 - Correlações inter e intrafatores da escala SOCRATES para os modelos propostos por Miller & Tonigan (1996) e Maisto et al. (1999).....95
8. **Artigo 3:** Tabela 5 - Correlações de escore item-total e análises do alfa de Cronbach dos itens para o modelo proposto de dois fatores da escala SOCRATES.....95
9. **Artigo 3:** Tabela 6 - Análise Fatorial Confirmatória da estrutura fatorial da escala SOCRATES de dois fatores não-independentes proposta mostrando a relação entre as variáveis observadas e latentes e os pesos dos fatores.....96
10. **Artigo 4:** Table 1 - Descriptive analysis, Cronbach's Alpha Coefficients, Pearson Correlation Coefficients among Stages of the URICA and variance and multiples

comparisons between means of URICA's stages and severity of alcohol dependence.....

11. **Artigo 5:** Table 1 - Socio-demographic data of alcohol dependent outpatients who presented to an alcohol treatment service and those who presented to a gastric diseases clinic at a general hospital - percentages (numbers).....

12. **Artigo 5:** Table 2 - Comparison of severity of alcohol dependence and pattern of alcoholic consumption between alcohol dependent outpatients presenting to an alcohol treatment service and a gastric diseases clinic – percentage (number).....

13. **Artigo 5:** Table 3 - Comparison of nicotine dependence, quality of life and drink-related problems between alcohol users from an alcohol treatment service and a gastric diseases clinic .....

14. **Artigo 5:** Table 4 - Comparison of stages of change using Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) and University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) between alcohol dependent outpatients from an alcohol treatment service and a gastric diseases clinic .....

## **FIGURA**

1. Modelo em espiral dos Estágios de Mudança de Prochaska e cols.....20

## RESUMO

---

Para pacientes que desenvolveram doenças físicas relacionadas ao consumo de álcool, a abstinência de bebidas alcoólicas pode oferecer a melhor chance de sobrevivência. Entretanto, se alguns subestimarem a severidade dos problemas, ou não acreditarem que o comportamento de beber possa exacerbar sua condição, terão maior dificuldade em manter a abstinência.

Um levantamento inicial realizado no Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo com 394 pacientes internados, mediu a frequência do consumo nocivo de álcool e encontrou 22% dos homens internados e 3% das mulheres com escore positivo no AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test). A prevalência mais alta foi na enfermaria de gastroenterologia (27%). Esse dado contribuiu para o estudo de maiores informações sobre a motivação para a modificação do comportamento de beber nos pacientes portadores de doenças gástricas.

Os objetivos principais desse estudo de corte transversal foram: 1. investigar a motivação para tratamento em dois grupos de dependentes de álcool, sendo 151 pacientes do ambulatório de gastroenterologia e 175 do ambulatório especializado no tratamento para alcoolismo; 2. estudar as propriedades psicométricas dos instrumentos que medem a motivação para tratamento do alcoolismo pela análise confirmatória fatorial.

A entrevista foi conduzida nos ambulatórios na primeira consulta ao serviço em hospital escola da Universidade Federal de São Paulo e consistiu em uma seção com dados demográficos e as escalas a seguir: 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).

A análise fatorial confirmatória da SOCRATES mostrou a existência de 2 fatores correlacionados que melhor exploram o modelo (ambivalência/reconhecimento e ação). A mesma análise com a URICA sugeriu que a versão estudada mediu os fatores propostos (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção), incorporando uma estrutura correlacional dos fatores, sendo constatada evidência de validade concorrente com a severidade da dependência alcoólica. Ambos instrumentos apresentaram boa consistência interna, com exceção da subescala de manutenção da URICA.

Os resultados comparativos sugeriram que os pacientes do ambulatório de gastroenterologia eram menos dependentes do álcool, sofriam menos as conseqüências relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas e possuíam menos problemas mentais e emocionais quando comparados com os pacientes do ambulatório para tratamento do alcoolismo. Quanto aos estágios de mudança, os pacientes da gastroenterologia apresentaram maiores escores na pré-contemplação no início do tratamento e, os pacientes do ambulatório especializado escores maiores em contemplação, ação e manutenção.

Os dados deste estudo sugerem que os sintomas físicos da doença gástrica pode ser uma razão para a abstinência temporária de álcool nos pacientes do ambulatório de gastroenterologia, uma vez que os mesmos exibiram menor motivação para a modificação do comportamento de beber.

As versões brasileiras da SOCRATES e URICA mostraram ser parâmetros válidos e confiáveis na avaliação da motivação de dependentes de álcool.

**Palavras-chave:** Álcool. Motivação. Análise fatorial. Estudos de validação. Gastroenterologia.

## ABSTRACT

---

For some patients who have developed significant alcohol-related physical diseases, total abstinence from alcohol may offer the best chance of survival. However, if such patients underestimate the severity of their drinking problem or do not believe that their drinking behaviour exacerbates their health problems, they will find higher difficulties to remain alcohol free.

A first survey undertaken at the Hospital São Paulo of the Universidade Federal de São Paulo used the AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) to measure the frequency of alcohol misuse in a general hospital and found that 22% of male inpatients and 3% of female inpatients scored positive. The highest prevalence was on the gastroenterology wards (27%). This data contributed to the study about the motivations to change the drink behaviour in outpatients with gastric disease.

The main aims of this cross-sectional study were: 1. To investigate motivational issues for treatment in two different groups of people with alcohol dependence: 151 outpatients from the gastroenterology clinic and 175 from an alcohol treatment service. 2. To study the psychometric properties of the scales that measure the motivation to alcohol treatment through the confirmatory factor analysis.

The interviews were conducted at the outpatient clinics, during the patients' first appointment, at the teaching hospital of the Universidade Federal de São Paulo and consisted of a demographic section with the use of the following scales: Short Form Health Survey (SF-36), Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD), Fagerström Test for Nicotine Dependence, pattern of alcohol and drug consumption, University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) and Drinker Inventory of Consequences (DrInc 2-L).

The confirmatory factor analysis of SOCRATES showed that two correlated factors (ambivalence/recognition and action) provided the best fit for the data. The same analysis with URICA suggested that the studied version measured the proposed factors (pre-contemplation, contemplation, action and maintenance), incorporating a correlational structure of the factors with evidence of concurrent validity with severity of alcohol dependence and stages of change. The both questionnaires showed good internal consistency with exception the maintenance scale in URICA.

The comparative results suggested that outpatients from the gastroenterology clinic were less dependent on alcohol, had suffered fewer consequences from alcohol, and had less emotional and mental health problems when compared with the outpatients from the alcohol treatment service. In relation to their stages of change, the gastroenterology outpatients presented with high pre-contemplation stages at the beginning of treatment;

while outpatients of alcohol treatment service showed higher scores in contemplation, action and maintenance.

The data of this study suggested that the physical symptoms of the gastric diseases may be a reason for the temporary alcohol abstinence behaviour to the outpatients from gastric diseases because this group showed low motivation to change the drinking behaviour.

The Brazilian versions of the SOCRATES e URICA were valid and reliable to measure motivation in alcohol dependents.

**Key words:** Alcohol. Motivation. Factor analysis. Validation studies. Gastroenterology.

## **I - INTRODUÇÃO**

---

### **1. Considerações gerais sobre o consumo, dependência de álcool e tratamento**

Os problemas médicos e sociais relacionados ao álcool ocorrem na maioria das populações do mundo e muitos esforços estão sendo feitos para gerar meios de prevenir e tratar o alcoolismo (Epstein, 2001). Dados dos EUA indicam que apenas 15% dos dependentes de álcool procuram tratamento especializado; 70% dos aproximadamente 11 milhões dependentes de álcool dos EUA são vistos em serviços ambulatoriais gerais a cada 6 meses e quase todas essas visitas são para procurar ajuda médica geral e não a de especialistas em saúde mental (Shapiro et al., 1984); sendo que população feminina, idosa e minorias encontram mais dificuldades na procura de tratamento e necessitam de uma abordagem especificamente direcionada às suas necessidades (Gomberg, 2003).

A realidade é que o uso nocivo ou a dependência de álcool deixou de ser um problema apenas das pessoas que procuram atendimento especializado e passou a ser uma questão de dimensões variadas. Dentre elas, destaca-se a saúde pública perante a efetividade de uma rede de serviços que pudesse minimizar as conseqüências do uso nocivo e dependência de álcool e o custo social das pessoas que não procuram tratamento (Laranjeira, 1996).

O consumo de álcool tem considerável peso como causa de adoecimento e morte no mundo todo, com diversas conseqüências sociais negativas. Constitui-se como importante causa de morbidade e mortalidade para as nações mais pobres; como terceiro fator de risco para problemas de saúde na maioria das nações mais ricas; e, principalmente, relacionado a



adoecimento e morte na maioria dos países cujas economias se encontram em grau intermediário de desenvolvimento (Meloni e Laranjeira, 2004).

O extrato final de problemas relacionados ao consumo de álcool, no ano de 2000, foi apresentado através de um indicador de saúde, designado DALYs, sigla oriunda da língua inglesa que corresponde aos termos *Disability Adjusted Life Years*. Este indicador refere-se ao percentual de anos que são perdidos em razão de doença ou mortalidade precoce, atribuível à ingestão alcoólica. No ano de 2000, foi encontrado um valor de 4% para o mundo todo (Rehm et al, 2003). Para países com economias de mercado de pobreza intermediária, entre os quais o Brasil, o álcool é importante causa de doença e morte, podendo o impacto deletério total, ser considerado em valores de 8% até 14,9% do total de problemas de saúde dessas nações. O Brasil tem no consumo do álcool o responsável por mais de 10% de seus problemas totais de saúde (Meloni e Laranjeira, 2004).

No Brasil, a prevalência da dependência de álcool é estimada em 11,2% na população brasileira, sendo 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino, segundo o I Levantamento Domiciliar sobre Drogas Psicotrópicas no Brasil (Galduróz, Noto e Nappo, 2002). A prevalência de dependentes foi mais alta nas regiões Norte e Nordeste, com porcentagens acima dos 16%. Fato mais preocupante foi a constatação de que 5,2% dos adolescentes (12 a 17 anos de idade) eram dependentes do álcool. No Norte e Nordeste, essa porcentagem ficou próxima dos 9%. O uso na vida de álcool na população total foi de 68,7%. Essa proporção se manteve mais ou menos estável para as diferentes faixas etárias, lembrando que, entre 12 e 17 anos, 48,3% dos entrevistados haviam utilizado bebidas alcoólicas.

Alguns dos dados a seguir ilustram a extensão dos efeitos prejudiciais do consumo disfuncional de bebidas alcoólicas no Brasil:

- ✓ Aproximadamente 35% dos pacientes internados por problemas psiquiátricos apresentaram problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, sendo 90% relacionados ao consumo de álcool (Noto e Carlini, 1995).
- ✓ Com relação a população hospitalar geral, é estimado que 20 a 30% dos homens e 5 a 10% das mulheres são internados por dependência ou uso nocivo de álcool e suas conseqüências (Noto e Carlini, 1995).
- ✓ Estudo realizado em pronto atendimento (Carlini-Cotrim e Chasin, 2000) analisou exames toxicológicos de vítimas fatais por causas externas e encontrou 48% com consumo alcoólico.
- ✓ Palha et al (2001) reavaliaram o diagnóstico de alcoolismo oculto em enfermarias de medicina e cirurgia geral de um hospital geral, sendo observada uma prevalência de 18,3% na população estudada.

Durante algum tempo, os profissionais estudaram a procura de tratamento por dependentes de álcool como um processo individual, no qual 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 estas últimas as de maior peso na procura de tratamento (Hingson et al, 1982; Thom, 1986; Hajema, 1999; Moos e Moos, 2004).

Serviços de cuidados primários de saúde podem exercer um papel significativo no tratamento de dependentes e abusadores de álcool, por intermédio da identificação e

tratamento precoces, com simples aconselhamentos que podem motivar os pacientes a se abster do álcool ou a procurar ajuda especializada (Bradley, 1992; Cherpitel, 1999). Evidências sugerem esse procedimento pode remover barreiras na procura de tratamento, sendo a maior dificuldade o diagnóstico dos problemas relacionados ao álcool (Durand, 1994; Brown, 2001).

## **2. Motivação**

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”.

As pessoas que lutam contra problemas de dependência química geralmente chegam ao tratamento com motivações flutuantes e conflitantes entre continuar e interromper o consumo de substâncias. Esse conflito, que pode ser chamado de ambivalência, permeia principalmente as primeiras sessões do tratamento e parece ter um potencial especial para manter as pessoas aprisionadas e criar estresse. A ambivalência é um estado mental no qual a pessoa tem sentimentos coexistentes e conflitantes a respeito de algum comportamento a ser modificado (Figlie, Bordin e Laranjeira, 2004).

Além de seus valores, as pessoas também têm expectativas próprias quanto aos resultados prováveis, tanto positivos como negativos, de certos cursos de ação e estas expectativas podem ter um efeito poderoso sobre o comportamento. Assim, uma pessoa

pode desejar fervorosamente parar o uso de alguma droga, mas pode não fazer absolutamente nada nesse sentido porque não acredita ser capaz. Até mesmo a importância de metas normalmente valorizadas como a saúde, por exemplo, podem ser minadas pela baixa auto-estima e reforçá-la é um pré-requisito importante para a mudança. Indivíduos com problemas relacionados ao consumo de substâncias podem persistir em seus hábitos, apesar de incríveis sofrimentos e perdas pessoais (Davidson, Rollnick e MacEwan, 1991).

No entanto, é importante ressaltar que a ambivalência não é considerada um “mau sinal”, uma vez que a pessoa que se encontra em conflito não apresenta uma decisão definida, tanto no sentido de continuar o consumo como de se abster. De certa forma, a administração da ambivalência, a partir do momento que o profissional compreende a normalidade desse fenômeno, evoca menor resistência por parte do paciente e facilita o progresso no aconselhamento (Miller e Rollnick, 2002<sup>a</sup>).

Em geral os tratamentos têm adotado uma perspectiva de motivação como algo relativamente imutável, ou seja, ou o paciente está motivado para o tratamento e nessas condições o terapeuta teria um papel definido de ajudar a pessoa, ou o paciente não está motivado e, então, o tratamento não seria possível. Atualmente, uma técnica denominada Entrevista Motivacional, postula que a aderência do paciente depende da sua motivação, sendo esta passível de ser modificada ao longo do tratamento (Jungerman e Laranjeira, 1999).

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 a pessoas com problemas de abuso de substâncias e que se mostrem ambivalentes ou resistentes (Miller e Rollnick, 2002<sup>b</sup>). A

Entrevista Motivacional tem um estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando os pacientes a explorar e resolver sua ambivalência de acordo com o estágio de mudança em que se encontram.

### **3. Os estágios de mudança**

Um estudo analítico americano realizado por James O. Prochaska (1979) 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 1970 para explicar mudanças no comportamento.

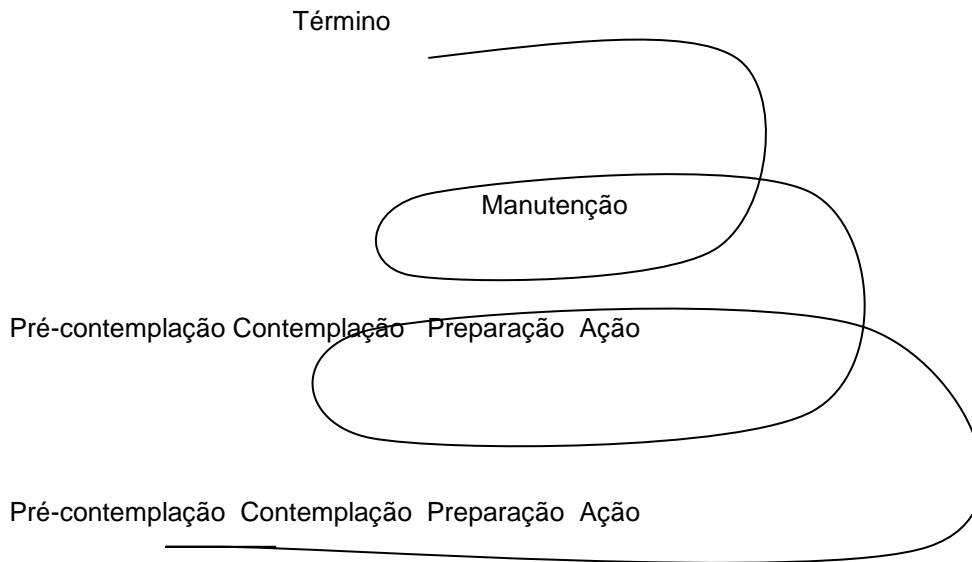
Análises complementares dessas e outras teorias e modelos do comportamento humano, observações da mudança espontânea e induzida no comportamento de consumidores de tabaco e validações empíricas de propostas de intervenção para facilitar o abandono do consumo de substâncias foram reportadas posteriormente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

O modelo Transteórico foi baseado na premissa de que a mudança comportamental é um processo e que as pessoas têm diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar, uma perspectiva que permitiu planejar intervenções e programas que atenderam às necessidades particulares das pessoas dentro de seu grupo social e contexto organizacional ou comunitário natural (Prochaska, Velicer, 1997; Glanz et al, 1997; Tessaro et al, 1997;

Joseph et al, 1999). Mais recentemente, esse modelo começou a ser usado no desenho de intervenções facilitadoras do desenvolvimento de comportamentos saudáveis como o consumo de dietas saudáveis (NI, Margetts e Speller, 1997; Glanz et al, 1994), adoção de práticas esportivas (Prochaska, Marcus, 1994), dentre as mais diversas áreas (Prochaska et al, 1994). O modelo é, atualmente, 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; OPS, 1998; Katz e Peberdy, 1997).

Nesse sentido, a idéia de que as pessoas progredem por meio 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, então, determina os diferentes estágios de mudança.

Os estágios de mudança foram descritos primeiramente como uma porta giratória (Prochaska e DiClemente,1986). Depois, Prochaska e colaboradores (1992) apresentaram um modelo em espiral que possibilita uma ilustração mais fidedigna de como a maioria das pessoas se movimenta entre os estágios (Figura 1), sendo que esse modelo permite ao indivíduo voltar à pré-contemplação mais de uma vez antes de chegar ao término do problema.



**Figura 1** – Modelo em espiral dos Estágios de Mudança de Prochaska et al (1992)

Prochaska e DiClemente (DiClemente et al, 1991; Edwards e Dare, 1997) descreveram os vários estágios de mudança, úteis na compreensão dos comportamentos aditivos. O modelo teórico tem início com a pré-contemplação, estágio em que a pessoa 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 substâncias como um problema com possibilidade de mudanças, ela entra no estágio de contemplação. Seguindo para o estágio de Preparação, ela começa a construir tentativas para mudar seu comportamento. Nesse estágio, geralmente as pessoas são descritas como prontas para a ação. Quando essas tentativas são colocadas em prática, este indivíduo se encontra 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. Finalmente, o sucesso da mudança ocorre no estágio de Manutenção, no qual a pessoa modifica seu estilo de vida, evitando a recaída, atingindo abstinência e consolidando as mudanças. Tais estágios seguem uma ordem seqüencial, em que pode ocorrer a recaída, 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 em 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 nesse modelo: o movimento progressivo entre os estágios nem sempre é o padrão habitual de mudança; as pessoas que entram em programas formais de tratamento são grupos mais homogêneos do que os que se automodificaram na sociedade; o modelo não especifica tempo e circunstâncias em que pode surgir a modificação do estágio. Contudo, essa teoria tem demonstrado potencial de aplicabilidade e utilidade no âmbito terapêutico, propiciando o desenvolvimento de intervenções e técnicas específicas para cada estágio de mudança. Sua utilidade se reflete em melhorar a compreensão sobre a forma como as pessoas mudam e como os profissionais podem intervir e atuar de forma mais efetiva em cada estágio para a modificação do comportamento (Connors, Donovan, DiClemente, 2001).

A tabela 1 ilustra os diferentes estágios de mudança e sugestões de intervenções motivacionais em cada um desses (Davidson et al, 1991; Figlie, 2004).



Tabela 1 – Estágios de Motivação para a mudança de comportamentos relacionados ao beber e sugestões de atuação de acordo com o estágio motivacional.

<i>Estágios de Motivação</i>	<i>Definição</i>	<i>Sugestões sobre o que fazer</i>
<b>Pré-Contemplação</b>	Estágio em que a pessoa não reconhece o problema ou não se considera precisando de ajuda. Comum notar neste estágio posturas defensivas, relutantes e sem disposição para efetuar mudanças no comportamento de beber.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer vínculo terapêutico, pedir permissão para falar sobre o assunto, construir confiança. É recomendada uma abordagem empática, de não confrontar ou competir, usando bom humor e o otimismo no lugar de uma abordagem de confronto.</li> <li>- Explorar o significado dos eventos que trouxeram o paciente ao serviço ou os resultados de tratamentos anteriores.</li> <li>- Obter as percepções do paciente a respeito do problema: doenças inesperadas, falecimento de pessoas significantes, divórcio, nascimento de filhos, etc. são exemplos destas situações.</li> <li>- Eliciar, ouvir e reconhecer os aspectos do uso da substância que agrada ao paciente.</li> <li>- Evocar dúvidas ou preocupações a respeito do uso da substância.</li> <li>- Oferecer informação factual sobre os riscos do uso de substâncias.</li> <li>- Examinar as discrepâncias entre as percepções do paciente e as de outras pessoas a respeito do comportamento de beber.</li> <li>- Recomendar ao paciente que se trate, deixando a responsabilidade da decisão a ele.</li> <li>- Expressar preocupação com os problemas do paciente e manter as portas abertas, demonstrando interesse em manter contato.</li> </ul>
<b>Contemplação</b>	O paciente começa a considerar seu consumo de álcool como um problema, abrindo espaço para um questionamento dos aspectos negativos e positivos, mas de forma ambivalente, reavaliando condutas a partir de uma visão construída entre as vantagens e as desvantagens do beber.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumir as preocupações do paciente.</li> <li>- Explorar prós e contras do comportamento de uso.</li> <li>- Normalizar a ambivalência.</li> <li>- Discutir os resultados das avaliações anteriores.</li> <li>- Examinar a compreensão do paciente a respeito da mudança e as expectativas do tratamento.</li> <li>- Re-explorar os valores do paciente em relação à mudança.</li> </ul>

<b>Preparação</b>	Momento em que a prontidão e compromisso com a mudança começam a se organizar. As pessoas, neste estágio, são descritas como estando “prontas para a ação”. Tentativas são colocadas em prática.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deixar claro as metas do paciente e as estratégias para a mudança.</li> <li>- Discutir as diversas opções de tratamento e os recursos disponíveis que atendam às múltiplas necessidades do paciente.</li> <li>- Aconselhá-lo, com a sua permissão.</li> <li>- Negociar uma mudança, plano de tratamento ou contrato de comportamento, levando em consideração a intensidade e qualidade da ajuda necessária; a disponibilidade de suporte social, identificando quem, onde e quando; a seqüência de pequenos passos para o sucesso; e, múltiplos problemas, como questões legais, financeiras ou de saúde.</li> <li>- Considerar e diminuir as barreiras para a mudança, antecipando possíveis problemas familiares, de saúde ou outros.</li> <li>- Ajudar o paciente a identificar o suporte social como, por exemplo, grupos, igrejas ou centros recreacionais.</li> <li>- Explorar as expectativas do tratamento e o papel do paciente.</li> </ul>
<b>Ação</b>	Neste estágio, o paciente procura e decide receber ajuda e/ou abrir mão do comportamento apreendido. As tentativas são colocadas em prática, ocorrendo uma implementação de planos para a modificação do comportamento de beber. Ocorre uma mudança distinta e observável do uso para o não uso.	<p>Facilitar o engajamento no tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter uma boa aliança terapêutica; induzir a assumir seu papel no processo.</li> <li>- Explorar e corrigir as expectativas com relação ao tratamento.</li> <li>- Alertar sobre as futuras e normais situações desconfortáveis a serem encontradas.</li> <li>- Investigar e resolver as barreiras para o tratamento.</li> <li>- Aumentar a coerência entre os fatores motivacionais externos e internos.</li> <li>- Examinar e interpretar os comportamentos não complacentes num contexto de ambivalência.</li> <li>- Demonstrar contínuo interesse e preocupação pessoal.</li> <li>- Reforçar a importância de permanecer em tratamento.</li> <li>- Dar suporte a uma visão realista da mudança, a qual ocorre através de pequenos passos.</li> <li>- Reconhecer suas dificuldades iniciais.</li> <li>- Ajudar a identificar as situações de alto risco, através de análise funcional e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento apropriadas.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajudar a encontrar novos reforçadores para as mudanças positivas.</li> <li>- Avaliar a consistência das famílias e o suporte social existente.</li> </ul>
<b>Manutenção</b>	<p>Uma vez que a mudança requer a construção de um novo padrão de comportamento ao longo do tempo, o novo padrão leva algum tempo para se estabelecer. E, na verdade, é nesse período que a mudança sustentada será testada. Esse último estágio da mudança bem sucedida é denominado “manutenção”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajudar os pacientes a identificar várias fontes de prazer que não envolvam substâncias; isto é, novos reforçadores de comportamentos.</li> <li>- Dar suporte às mudanças no novo estilo de vida.</li> <li>- Reforçar a capacidade dos pacientes em resolução de problemas e auto-eficácia.</li> <li>- Ajudar os pacientes a praticar novas estratégias de enfrentamento para evitar um retorno ao uso de substância.</li> <li>- Manter um contato que ofereça suporte.</li> </ul>

#### 4. Alcoolismo e doenças gástricas

O consenso sobre a síndrome da abstinência do álcool (Laranjeira et al, 2000) considera que as principais comorbidades clínicas do sistema gastrointestinal associadas ao consumo de bebidas alcoólicas são: pancreatite crônica; esteatose hepática; hepatite alcoólica; hemorragia digestiva; cirrose hepática com ou sem hepatite alcoólica; gastrite; esofagite de refluxo e tumores.

O consumo de álcool é responsável por importantes alterações na mucosa gastrointestinal, pâncreas e fígado. Enquanto a ingestão aguda de álcool pode causar distúrbios de motilidade e secreção, como ácido gástrico e secreção pancreática, o consumo crônico de álcool pode causar alterações morfológicas e funcionais da mucosa gastrointestinal, pâncreas e fígado (Seitz e Homann, 2001).

Na laringe e esôfago, o consumo crônico de álcool, especialmente se combinado com tabaco, resulta em risco aumentado para o desenvolvimento de câncer (Crew e Neugut,

2004). No estômago, pode ocorrer severa gastrite hemorrágica e, no intestino grosso, o consumo crônico de álcool provoca danos à mucosa associados com má absorção e, com isso, falta de nutrição e diarreia (Seitz e Homann, 2001).

A ingestão aguda de álcool induz mudanças na motilidade esofágica e estomacal que favorece o refluxo gastroesofágico e, provavelmente, o desenvolvimento da esofagite de refluxo. O abuso de álcool pode danificar a mucosa gástrica, incluindo lesões hemorrágicas (Bode e Bode, 1997).

Transtornos na motilidade digestiva, má digestão, má absorção em dependentes de álcool podem resultar em problemas digestivos como anorexia, náusea e dor abdominal. Todavia, o abuso de álcool pode desenvolver câncer de língua, laringe, faringe e esôfago (Bode e Bode, 1997).

A pancreatite é uma inflamação fatal do pâncreas, geralmente associada com extenso consumo alcoólico. Os sintomas podem resultar na obstrução de pequenos ductos pancreáticos, bem como a destruição do tecido do pâncreas, caracterizada pela perda de células associadas com severas mudanças morfológicas, como calcificação, aumento do pâncreas, icterícia obstrutiva e pseudocistos. Estudos confirmam que a taxa de mortalidade em dependentes de álcool com pancreatite é 36% superior quando comparada com a população geral (Imrie, 1996). Aproximadamente 50% dos pacientes dependentes de álcool com pancreatite vêm a óbito após 20 anos de doença. O aumento de câncer pancreático se dá em um padrão de consumo de 10 a 12 unidades alcoólicas por dia, embora esta relação não seja clara devido a influência de fatores como má nutrição e tabagismo (Apte et al, 1997).

Com relação ao fígado, os danos podem ser divididos em três categorias:

- Esteatose hepática: Depósito de gordura no fígado ocorre na maioria dos bebedores pesados, sendo este quadro reversível, sem maiores danos ao fígado. A esteatose hepática encontra-se presente em cerca de 90% dos bebedores pesados (Maher, 1997).
- Hepatite alcoólica: doença caracterizada por inflamação e destruição (necrose) do tecido do fígado. Sintomas da hepatite alcoólica podem incluir febre, icterícia e dor abdominal. Esta condição pode ser fatal, mas também reversível com a abstinência. A hepatite alcoólica pode ocorrer em 50% dos bebedores pesados (NIAA, 1993) e pode apresentar mortalidade de até 60% durante as seis primeiras semanas de internação hospitalar (Edwards, 1999).
- Cirrose alcoólica: é a mais avançada forma de doença do fígado, diagnosticada em 15 a 30% dos bebedores pesados. Um fígado cirrótico é caracterizado por extensa fibrose que chega a alterar a estrutura interna do órgão. Esse dano estrutural resulta em prejuízo funcional que pode secundariamente acarretar mau funcionamento para outros órgãos, como o cérebro e rins. Embora a cirrose alcoólica seja usualmente fatal, ela pode ser estabilizada com a abstinência (Maher, 1997; Seitz e Homann, 2001).

No Brasil, Mincis et al (1990) realizaram um estudo prospectivo com 205 pacientes assistidos na disciplina de gastroenterologia e constataram que 23,4% foram considerados bebedores excessivos, com dados clínicos relacionados com doença hepática em 37,5% dos casos. Outro estudo prospectivo (Porto e al, 1999) mostrou que o álcool foi a principal causa de pancreatite crônica calcificante em 94% dos pacientes estudados. Kerr Correa et al (1985) pesquisaram 120 pacientes adultos internados e constataram uso excessivo de álcool

em 17,5% dos casos, sendo que 38,5% apresentaram sinais e sintomas sugestivos de alcoolismo, porém esse diagnóstico não foi realizado. Os autores concluíram que pacientes entre 31 e 55 anos, do sexo masculino e com sintomas principalmente gastrointestinais têm possibilidade estatisticamente significativa de serem dependentes de álcool e que, aparentemente, os médicos não consideram alcoolismo como doença, ou se doença, impossível de ser tratada.

Estudos internacionais constataram que: bebedores com doença hepática apresentaram limitações de "*insight*" entre o comportamento de beber e seu posicionamento perante sua saúde quando comparados com bebedores sem doença hepática (Farid et al, 1998); dependentes de álcool que desenvolveram doença hepática geralmente são menos dependentes do álcool e sofrem menos consequências sociais e psicológicas, quando comparados com dependentes de álcool que receberam tratamento psiquiátrico (Wodak et al, 1983).

Uma das maiores dificuldades no desenvolvimento de novas terapias para dependentes de álcool com doença gástrica tem sido a falta de conhecimento dos mecanismos de motivação para a modificação do comportamento de beber. A realização de um tratamento específico para dependentes de álcool com doença gástrica visando atingir a abstinência alcoólica pode representar a melhor chance de sobrevivência (Schenker, 1984). Se os dependentes de álcool subestimarem a severidade da sua doença ou não acreditarem que o comportamento de beber possa interferir na recuperação da sua saúde, dificilmente eles se manterão abstêmios.

Considerando que grande parte dos dependentes de álcool são vistos em ambulatórios ou hospitais, é eminente a necessidade de intervenções no consumo de bebidas alcoólicas dessa população, que busca apenas o tratamento médico para doenças

gástricas. Daí a necessidade de rastreamento para verificação do consumo de álcool em nível de atenção primária, que propicia a oportunidade de educar e conversar com os pacientes sobre padrões de consumo de baixo risco e sobre os danos causados pelo uso excessivo de álcool. O rastreamento também oferece a oportunidade para os profissionais de saúde atuarem preventivamente de modo a reduzir danos associados ao consumo de bebidas alcoólicas, uma vez que o simples aconselhamento tem se mostrado benéfico para a maioria dos pacientes que o recebem (Bien et al, 1993), com destaque para aqueles que são identificados precocemente no tratamento e que possuem dependência menos severa de álcool (Zweben e Fleming, 1999; Heather, 1996).

## **5. Instrumentos para a mensuração da motivação**

A literatura destaca a utilização de dois instrumentos para medir a motivação para a modificação de comportamentos: University of Rhode Island (URICA) (McConnughy, Prochaska e Velicer, 1983) e Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) (Miller, 1995). Para medir os estágios de mudança, Prochaska e DiClemente desenvolveram a URICA com os respectivos itens para cada um dos quatro estágios motivacionais voltados para qualquer tipo de comportamento a ser modificado. A escala SOCRATES foi originariamente desenvolvida como uma medida paralela dos estágios de mudança, porém com itens voltados especificamente para o comportamento de beber.

A versão inicial da SOCRATES (2.0) incluiu 32 itens desenvolvidos após a University of Rhode Island Change Assessment (URICA) e que eram designados para medir o estágio de mudança do padrão de consumo alcoólico; porém, a análise fatorial encontrou uma modesta variação (1%-20%) (Miller e Tonigan, 1997). Vários itens apresentaram cargas fatoriais significativas em dois diferentes fatores. Um padrão claro identificado foi o dos itens de pré-contemplação e determinação, que formaram o primeiro fator, representando lados opostos da ambivalência (Miller e Tonigan, 1996).

Outra versão da SOCRATES foi, então, preparada com 40 itens (Version 3.0). Uma versão menor foi preparada com 20 itens (Version 5.0), sendo que esta apresentou melhor desempenho que a versão longa por apresentar uma estrutura clara de fatores e também pela facilidade na aplicação de uma escala de tamanho reduzido. Finalmente, em 1995, a Versão 8 (Miller, 1995) foi publicada com 19 itens, baseada na análise fatorial de estudos prévios. Os escores dos 19 itens mostraram altas correlações: Reconhecimento ( $r = 0.96$ ), Ação ( $r = 0.94$ ) e Ambivalência ( $r = 0.88$ ). Análises psicométricas revelaram um Alfa de Cronbach na Ação = 0.83 - 0.96, Reconhecimento = 0.85 - 0.95, Ambivalência = 0.60 - 0.88 e confiabilidade teste –reteste = 0.82 - 0.94.

Recentemente, Maisto et al (1999) estudaram a estrutura fatorial da SOCRATES com pacientes de cuidados primários de saúde e observaram a existência de dois fatores: AMBREC – Ambivalência e Reconhecimento (9 itens) e Ação (6 itens) e a análise confirmatória fatorial mostrou que esta estrutura apresentou melhor adequação ao modelo quando comparada com a estrutura de 3 fatores proposta por Miller e Tonigan (1996).

Com base nos estágios de mudança de Prochaska e DiClemente, McConaughy et al (1983) desenvolveram a URICA, escala com 32 itens. A URICA pode ser utilizada em uma de série de problemas de comportamento (Prochaska, 1994). Os pacientes respondem



questões gerais voltadas para o “seu problema”. Cada uma das subescalas da URICA corresponde aos quatro estágios de mudança do Modelo Transteórico: pré-contemplação, contemplação, ação, manutenção (DiClemente e Hughes, 1990; Prochaska e DiClemente, 1992).

Em um dos primeiros estudos sobre as propriedades psicométricas da URICA McConnaughy et al (1983) testaram 125 itens que representavam cinco estágios motivacionais e foram reduzidos a 32 itens, tendo como base a análise de componentes principais, coeficiente de Alfa de Chronbach e análise de itens. Os quatro estágios encontrados foram responsáveis por 58% da variância total. O coeficiente de Alfa de Chronbach variou de 0.88 a 0.89. A amostragem estudada era composta de pacientes ambulatoriais que provinham de serviços comunitários, psicoterapia particular, centros de aconselhamento e tratamento militar ou universitário.

Um segundo estudo (McConnaughy et al, 1989) foi realizado com população não clínica. A análise de componentes principais, consistência interna e análise de agrupamento (*cluster*) demonstraram a replicação das evidências originais: quatro estágios de mudança.

Com dependentes de álcool podemos destacar dois estudos principais sobre as propriedades psicométricas da URICA onde DiClemente e Hughes (1990) encontraram perfis compatíveis com os estágios motivacionais. Outro estudo (Willoughby e Edens, 1996) almejava determinar se grupos similares de dependentes de álcool poderiam ser distinguidos de pacientes que receberam tratamento para abuso de substâncias. Os escores foram submetidos à análise hierarquizada de agrupamento, sendo que dois *clusters* surgiram como melhor adequação ao modelo, sugerindo a existência dos fatores da pré-contemplação e contemplação e do fator ação.

No âmbito de tratamento é essencial que uma avaliação cuidadosa identifique a natureza, os problemas e os objetivos apropriados e possíveis ao 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, os instrumentos que medem os estágios de mudança e a motivação têm mostrado sua utilidade na identificação das diferentes variáveis que podem interferir nos estágios de mudança e, desta forma, servir de orientação importante para o profissional da saúde intervir de modo a melhorar o desfecho no tratamento (Miller, 1983).

## **II - OBJETIVOS GERAIS**

---

Os objetivos gerais deste estudo foram:

1. Traçar o perfil de dependentes de álcool submetidos a tratamento ambulatorial por doença gástrica, daqueles que buscaram tratamento específico para alcoolismo, objetivando estudar a motivação para modificar o hábito de beber.

2. Adaptar culturalmente e avaliar as propriedades psicométricas dos instrumentos que medem a motivação para o tratamento.

### **III - OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

---

✓ Avaliar a prevalência de pacientes com problemas associados ao consumo de bebidas alcoólicas no hospital geral e, em especial, na disciplina de gastroenterologia.

✓ Traçar um perfil dos dependentes de álcool que procuram tratamento especializado para alcoolismo dos que procuram tratamento médico para doenças gástricas, determinando:

1. Dados Sociodemográficos;
2. Grau da qualidade de vida por meio do Short Form Health Survey (SF-36);
3. Grau de dependência de nicotina pelo Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND);
4. Grau de severidade da dependência alcoólica por intermédio do Short Alcohol Dependence Data (SADD);
5. Estágio de Mudança segundo o modelo proposto por Prochaska e DiClemente pela University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA);
6. Grau de prontidão para mudança/motivação por The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES);
7. História e padrão de consumo alcoólico e consumo de drogas;
8. Problemas e conseqüências do hábito de beber por The Drinker Inventory of Consequences (DrInc).

✓ Estudar a análise confirmatória fatorial e a consistência interna dos instrumentos SOCRATES e URICA.



#### **IV - HIPÓTESE DO ESTUDO**

---

- Dependentes de álcool com doença gástrica teriam maior motivação para modificar o comportamento de beber.

## **IV - MATERIAL E MÉTODOS**

---

### **1. AMOSTRA**

O estudo foi realizado no Hospital São Paulo / UNIFESP, onde foram pesquisados os pacientes do ambulatório de gastroenterologia e do ambulatório especializado para tratamento do alcoolismo (UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas), compondo uma amostra de conveniência. O estudo contou com uma amostragem de 151 pacientes do ambulatório de gastroenterologia e 175 do ambulatório especializado no tratamento de alcoolismo.

### **2. INSTRUMENTO**

2.1) Foi utilizada uma entrevista estruturada (Anexo 1) com cartões contendo alternativas de respostas para facilitar a compreensão do paciente (Anexo 2). A entrevista foi feita na primeira consulta ao serviço, com duração média de 1,30 hora.

A entrevista continha a seqüência seguinte:

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

Investiga padrão de qualidade de vida por meio 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) deriva de um instrumento com 149 itens desenvolvido e testado em 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde. Em 1991,

Ware e colaboradores iniciaram um projeto de validação internacional (Internacional Quality of Life Assessment Project), oficialmente em 14 países, além de 20 outros (Ware e Sherbourne, 1992).

O instrumento foi validado no Brasil por Cicconelli (1999) em portadores de artrite reumatóide, sendo encontrada reprodutibilidade - coeficiente de correlação de Pearson = 0.44 - 0.84 (intra - observador) e 0.55 - 0.81(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 dependentes de álcool revelou escores baixos 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) a partir da versão original (ADD), perfazendo 15 itens. Essa escala classifica 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  $r = 0.81$  e confiabilidade de teste - reteste  $r = 0.90$ .

✓ Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)

Desenvolvida por Karl-Olov Fagerström (1978) e depois readaptada por Healtherton e colaboradores (1991) para ter consistência interna superior relacionada a índices bioquímicos do fumar. São 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

Baseado 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 no período pregresso.

✓ University of Rhode Island Change Assessment Scale - URICA (Anexo 3.1)

Tem como objetivo investigar os estágios de mudança: pré - contemplação; contemplação; ação; manutenção (McConaugh et al,1983) referentes à motivação do paciente que procura tratamento para a modificação de comportamento.

✓ The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale - SOCRATES (Anexo 3.2)

Investiga o grau de prontidão e disposição para a realização do tratamento por intermédio dos estágios de reconhecimento, ambivalência e ação. Inicialmente foi delineada por Miller. Validada no Projeto MATCH (Miller, 1995), este instrumento apresenta questões voltadas para o hábito de beber.

✓ The Drinker Inventory of Consequences - DrInc (Anexo 3.3)

Este instrumento (50 itens) avalia os problemas e conseqüências do hábito de beber como um constructo distinto do consumo e dependência nas esferas física, interpessoal, intrapessoal, controle de impulsos e de responsabilidade social. Foi desenvolvido no Projeto MATCH para a descrição de pacientes e avaliação do desfecho clínico (Miller et al, 1995<sup>b</sup>).

## **2.2) Adaptação dos instrumentos: URICA, SOCRATES e DRINC**

Os instrumentos acima especificados foram traduzidos por dois pesquisadores com domínio do idioma inglês, resultando na primeira versão. Os itens que diferiram na versão elaborada foram perguntados nas duas diferentes formas para um grupo de dez dependentes de álcool com o objetivo de os sujeitos indicassem a tradução mais facilmente compreendida, resultando na segunda versão. Essa 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 da pesquisadora, de nativo brasileiro sem conhecimento da língua inglesa, de nativo inglês com domínio da língua portuguesa, de nativo inglês com pouco domínio do idioma português, todos com conhecimento da doença. O comitê teve como finalidade elaborar uma versão final dos instrumentos, fundamentada nas várias traduções e comparando os resultados de todas as versões entre si, para realizar adaptações culturalmente necessárias. Por fim, a versão final foi aplicada a um outro grupo de dependentes de álcool, a fim de que os entrevistados explicassem o teor de cada questão, sendo que cada pergunta contava com cinco respostas de pacientes diferentes. Essas entrevistas foram gravadas e quando três pacientes não compreendiam, o item era reformulado, resultando na versão final. Vale ressaltar que isso não ocorreu com nenhum item, não necessitando o procedimento de reformulação.

As questões nº 6, 9, 16, 20 e 22 da URICA (Anexo 3.1) e nº 13, 14, 19 da SOCRATES (Anexo 3.2) foram desmembradas, segundo orientação do comitê, pois nas etapas anteriores do estudo foi observado que os pacientes tendiam a responder com base na última frase da pergunta, pois as questões abordavam mais de um aspecto concomitantemente.

### 3. INSTRUMENTO DE RASTREAMENTO

Para detectar dependentes de álcool no ambulatório de gastroenterologia foi utilizado o AUDIT -*The Alcohol Use Identification Test* (Anexo 3.4). Trata-se de um instrumento com 10 questões, cujo objetivo é identificar bebedores com consumo nocivo ou dependente de álcool. Foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (Babor e Grant, 1989; Babor et al, 1992), com duração aproximada de 2 a 5 minutos e escores que vão de 0 ao 40; a pontuação igual ou superior a 8 indica a necessidade de um diagnóstico mais específico. A literatura mostrou a validação do AUDIT com sensibilidade de 92% e especificidade de 93% (Saunders et al, 1993; Bohn et al, 1995). No Brasil, foi adotada a versão validada por Mendez e colaboradores (1999) por meio de um estudo com 733 pacientes entrevistados em uma unidade de atenção primária de saúde. Foram encontradas sensibilidade de 91,8% e especificidade de 62,3%.

O AUDIT difere dos outros instrumentos de rastreamento porque utilizou princípios conceituais estatísticos para a seleção de itens que enfatizavam a identificação do beber de risco e suas conseqüências, ao invés de identificar apenas a dependência alcoólica.

Para aumentar a receptividade do paciente e a precisão das respostas, é importante verificar:

- Postura simpática do entrevistador de modo a não constranger o paciente;
- Certificar que o paciente não esteja intoxicado ou necessitando de cuidados emergenciais;
- Esclarecer que a proposta de rastreamento é importante para a avaliação da saúde do paciente;

- Checar o entendimento e compreensão do paciente em relação aos itens do instrumento;
- Garantir o sigilo das informações.

#### **4. CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DA AMOSTRA**

CrITÉrios de inclusão: pessoas que procuraram tratamento para dependência de álcool ou por danos físicos acarretados pela dependência alcoólica e que atingiram classificao leve, moderada ou grave no SADD. Somente aos pacientes da gastroenterologia, foi aplicado primeiro o AUDIT e, quando o escore era maior ou igual a 8, os pacientes foram submetidos ao SADD.

CrITÉrios de exclusão: Pacientes com doenças gástricas que não fossem dependentes de álcool; diagnóstico primário de dependência de outra substância psicoativa; confusão mental e sexo feminino.

#### **5. ANÁLISE ESTATÍSTICA**

##### **5.1) Comparação de grupos**

As características das duas amostras de dependentes de álcool foram comparadas pelo teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), para variáveis categóricas e pelo teste T de Student, para variáveis contínuas que apresentaram distribuio normal. As variáveis que não tiveram uma distribuio normal foram analisadas por meio do teste não paramétrico Mann-

Whitney U. A significância estatística dos testes foi levada em consideração quando o valor descritivo de  $p$  foi menor que 0.05.

## **5.2) Propriedades psicométricas da SOCRATES**

O primeiro passo foi investigar a estrutura fatorial e a validade de constructo da escala SOCRATES. Isso foi feito utilizando duas análises fatoriais de confirmação de primeira ordem; a primeira modelada sobre as três estruturas fatoriais descritas por Miller e Tonigan (1996) e, a segunda, sobre os dois fatores independentes, descritos por Maisto et al (1999). A confiabilidade dos fatores foi medida pelo exame de consistência interna – usando o Alfa de Cronbach – e a análise de itens teve por base a correlação entre os itens e o escore total.

Utilizando o pacote estatístico SAS, a covariância gerada pela CALIS (*Covariance Analysis of Linear Structural Equations*) foi empregada para testar os modelos de análise fatorial confirmatória, estimar os parâmetros e testar a adequação dos modelos de equações estruturais pela análise estrutural de covariância. O ajustamento dos diferentes modelos foi avaliado por meio de cinco índices: 1) *Goodness Fit Index* (GFI), com variação de 0 a 1, sendo 0,90 a maior evidência de um modelo com bom ajustamento (Byrne, 1994); 2) o *Adjusted Goodness-of-Fit Indices* (AGFI), que se refere a um GFI ajustado para graus de liberdade no modelo, também variando entre 0 e 1 (Pedhazur e Schmelkin, 1991); 3) uma razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade ( $X^2/df$ ) menor que 2; 4) raiz quadrada do erro quadrático médio (RMSR) menor que 0,05 (Tabachnick e Fidell, 1996); 5) um erro de aproximação da raiz quadrática média (RMSEA) menor que 0,08 (Arbuckle, 1997).

## **5.3) Propriedades Psicométricas da URICA**

Os mesmos procedimentos descritos no item 5.2 foram realizados com a URICA, sendo que a análise fatorial foi modelada pela estrutura fatorial proposta por McConnaughy et al (1983).

Elaborou-se a análise descritiva dos itens e a correlação entre eles, bem como a análise da confiabilidade dos fatores, por meio da consistência interna do Alfa de Cronbach.

Observações a respeito da validade concorrente foram estudadas na comparação dos escores da URICA e do SADD, considerando análise univariada F-test e múltiplas correlações utilizando o teste de Bonferroni.

## **6. CUIDADOS ÉTICOS**

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

## V - RESULTADOS

---

Os resultados desta tese serão apresentados em forma de artigos, uma vez que foram publicados em revistas indexadas ou ainda estão sendo avaliados pelas mesmas. Serão apresentados cinco artigos.

1. O primeiro publicado no São Paulo Medical Journal, em setembro de 2000, “*The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerström questionnaires*” foi o artigo que deu origem ao estudo em questão. Nele foi discutida a importância da utilização de instrumentos de rastreamento para identificar os pacientes fumantes e com uso nocivo ou dependência de álcool que estavam internados em hospital geral. Os instrumentos empregados foram AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) e Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). Foram entrevistados 275 pacientes internados, sendo 49% homens e 51% mulheres. Trinta e quatro pacientes foram identificados como "casos" pelo AUDIT, o que correspondeu a 22% dos homens e 3% das mulheres. Da amostra total, 21% eram fumantes na ocasião. As enfermarias de Gastroenterologia (26%) e de Clínica Médica (16%) foram consideradas como detentoras da maior prevalência de pacientes com problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas quando comparadas com as demais.
2. O segundo artigo foi aceito para publicação em 2004 no *Addictive Behavior*, sob o título “*Motivation for Change in Alcohol Dependent*

*Outpatients from Brazil*”. Este estudo ressalta a aplicabilidade da SOCRATES como instrumento válido e confiável na avaliação da prontidão para mudança do hábito de beber em 326 dependentes de álcool brasileiros, com a existência de dois fatores correlacionados.

3. O terceiro artigo, publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria, em junho de 2004, intitulado “*Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente*”, teve como objetivo investigar a confiabilidade e a estrutura fatorial da SOCRATES, sendo a versão completa do estudo de validação dessa escala, com uma amostra de 326 pacientes.
4. O quarto artigo foi enviado para publicação à Revista Brasileira de Psiquiatria, em 2004; chama-se “*Estágios de Mudança em Dependentes de Álcool na Primeira Consulta do Tratamento*”. O objetivo foi investigar a confiabilidade e a estrutura fatorial da University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) em 326 dependentes de álcool tratados ambulatorialmente e sua aplicabilidade no início do tratamento.
5. O quinto e último artigo tem o título “*Motivation to change drinking behaviour among outpatients with and without gastric disease*”, submetido ao São Paulo Medical Journal, em 2004, com o objetivo de investigar a motivação para tratamento em dois grupos de consumidores de álcool: 151 pacientes do ambulatório de gastroenterologia e 175 do ambulatório de tratamento para alcoolismo, de modo a discutir propostas



com o objetivo de melhorar o desfecho nos pacientes com doença gástrica, mas que também apresentam dependência alcoólica.

**Artigo 1:** Publicado no São Paulo Medical Journal 2000; 118(5):139-43.

**Artigo 2:** Aceito para publicação no Addictive Behaviors 2004.

**Artigo 3:** Publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria 2004; 26(2):91-9.

**Artigo 4:** Submetido a publicação na Revista Brasileira de Psiquiatria

**Stages of Change in Alcohol Outpatients at the first appointment in treatment**

**Estágios de Mudança em Dependentes de Álcool na Primeira Consulta do Tratamento**

**Figlie NB<sup>1</sup>, Dunn J<sup>2</sup>, Bazan JL<sup>3</sup>, Laranjeira R<sup>1</sup>**

1. Alcohol and Drug Research Unit, Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil
2. Senior Lecturer in Psychiatry - Royal Free & University College Medical School, London
3. Statistics and Ph.D student – Mathematical and Statistical Institute. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil

**Type of paper:** Brief report

**Financial Sponsoring:** FAPESP (The State of São Paulo Research Foundation) – Number Process: 99/09601-8.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to investigate the reliability and factor structure of the University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) in 326 outpatients with alcohol dependence. The questionnaire was translated and cross culturally adapted into Portuguese and back translated to English. The confirmatory factor suggested that this version measured the proposed factors, incorporating a correlational structure of the factors with item nine removed. The factors' internal consistency was good with the exception of the Maintenance scale. There was evidence of concurrent validity with severity of alcohol dependence and stages of change.

**Key-Words:** Alcoholism; Motivation; Factor analysis; Validation Studies.

## **Resumo**

O objetivo deste estudo foi investigar a confiabilidade e a estrutura fatorial da University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) em 326 dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. O instrumento foi traduzido para o português, adaptado culturalmente, sendo posteriormente submetido ao procedimento de retrotradução para o idioma inglês. A análise fatorial confirmatória sugeriu que esta versão mediu os fatores propostos, incorporando uma estrutura correlacional dos fatores, com a remoção do item 9. Os fatores apresentaram boa consistência interna com exceção da escala de Manutenção. Foi constatada evidência de validade concorrente com a severidade da dependência alcoólica.

**Descritores:** Alcoolismo; Motivação; Análise Fatorial; Estudos de validação.

## **1. Introduction**

One of the most used questionnaires to assess motivation for change in addiction, is the University of Rhode Island Assessment (URICA) - a 32-item assessment with subscales corresponding to four of the stages of change that describe the process of change in human behavior <sup>1</sup>.

Initially, the URICA's psychometric properties were studied with a sample of psychotherapy and clients who reported serious psychiatric problems. Subsequently, it has been evaluated in a variety of substance-related disorders, including nicotine, alcohol, cocaine and alcohol dependence, polysubstance dependence, eating disorder as well as with dually diagnosed populations <sup>2</sup>.

The support for the URICA's four-factor solution has been mixed <sup>3</sup>. The most common analytical strategy used in evaluating the factor structure of the URICA has been that of a principal-components analysis. Pantaloni and colleagues <sup>2</sup> evaluated confirmatory factor analysis (CFA) strategy, whereby each of the four factors were evaluated independently. These results replicated the original four-factor structure of the URICA and suggest an acceptable fit.

Although the psychometric data of URICA has been questioned, examples from some research can illustrate the support to clinical usefulness of the URICA and stages of change 4,5,6.

With the aim of studying stages of change in alcohol dependent outpatients, the goals of the present study were as follows: (1) to develop and to investigate the Portuguese version of URICA, with cross-cultural adaptation for Brazil, among alcohol dependent outpatients at the first appointment in treatment; (2) to study the psychometric properties of

the Brazilian version of the URICA, including confirmatory factor analysis, internal consistency of the factors, concurrent validity of URICA scales and severity of alcohol dependence.

## **2. Methods**

2.1. Setting: The study was performed at a federally funded public teaching hospital. A gastroenterology clinic and a alcohol treatment clinic were used. Inclusion criteria were: (i) At the alcohol treatment clinic - all patients who scored mild, moderate or severe on the SADD<sup>7</sup>. (ii) At the gastroenterology clinic - all patients scoring 8 or more on the AUDIT<sup>8</sup>. Thereafter, the same criteria were applied. The exclusion criteria were: poly drug users and women (as there were so few of them).

2.2. Subjects: 151 patients were interviewed at the gastroenterology clinic and 175 from the alcohol treatment clinic – all at the first appointment. Mean age was 44 years (SD=11), 72% were white, 84% were in either part-time or full-time employment, 57% had had at least 8 years of schooling and 38% had some form of higher education. On the Severity of Alcohol Dependence scale 19% scored mild, 34% moderate and 47% severe. Patients had consumed a median of 81.5 units of alcohol in the last 30 days and had been drinking at this level for a median of 20 weeks.

2.3. Measures: (i) Demographic data; (ii) University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)<sup>1</sup>; (iii) Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)<sup>7</sup>; (iv) Pattern of alcohol consumption using the interview schedule developed for the WHO/ISBRA<sup>9</sup>.



2.4. Process of translation and cultural adaptation of the SOCRATES: The scale was translated to Portuguese by two researchers with a good command of English and each version piloted. Some complex questions had to be simplified as patients tended to answer only one part of the question (questions: 6, 9, 16, 20 e 22). A committee of 5 bilingual healthcare professional reviewed the questionnaire before it was re-piloted. The back-translation version of this final draft was developed.

2.5. Statistical Analysis: To investigate the factor structure of the 32-item stages of change scales, a first order confirmatory factor analysis (CFA) was performed, using the items corresponding with the subscales proposed by McConaughy et al. <sup>1</sup>. The CFA was obtained through the CALIS (Covariance Analysis of Linear Structural Equations) by the SAS procedure. The fits of the models were assessed using four indices: (i) the Goodness Fit Index (GFI) which ranges from 0 to 1, with 0.90 or higher being evidence of a model with a good fit <sup>10</sup>; (ii) a Chi-squared to degrees of freedom ratio ( $X^2/df$ ) of less than 2 <sup>11</sup>; (iii) a root-mean-square error of approximation (RMSEA) of less than 0.08 <sup>12</sup>.

The descriptive statistics analysis of the stages and correlation among them was performed, besides the reliability of the factors, which was measured by examining their internal consistency using Cronbach's alpha.

Observations regarding concurrent validity are based on comparisons of the URICA scales and SADD scores, considering both the Univariate F-test, and multiple comparisons using the Bonferroni test.

### **3. Results**

### *3.1. Factor Structure of the URICA*

The results of the CFA, considering two models with independent factors, and two models with correlation between the factors. Analyses suggested that item 9 on the Maintenance had low correlations with other Maintenance items. Two analyses were carried out, one including item 9 and one without.

This type of analysis was planned in order to test the model adjustment to build on a correlation structure between the factors in accordance to evidence from various studies on URICA. The observations of Pantaloni and colleagues<sup>2</sup>, and the improvement of internal consistency in Maintenance (0.61 to 0.63) when item nine was removed, justify the exclusion of this item.

The maximum-likelihood solution with item 9 yielded a chi-square of 1405.34 (df= 464  $p < 0.01$ ); a GFI of 0.785 and RMSEA of 0.079; and a X2-df ratio of 3.03. In the Brazilian version, the Maintenance improves the adjustment when item 9 is removed; this being the only item that did not have significance in the factor structure. With this procedure, these fit statistics were improved on removal of this item and when considering dimension correlations: chi-square of 959.13 (df= 428  $p < 0.01$ ); a GFI of 0.838 and RMSEA of 0.062; and a X2-df ratio of 2.24. The correlations among the estimated dimensions for the model were significant (F1-F2= -0.42199, F1- F3= -0.30621, F2- F3= 0.91655, F1-F4= -0.34530, F2-F4= 0.55841, F3- F4= 0.52850).

The Chi-square statistics showed that the four models did not adjust to the data, although some authors had suggested that this criteria cannot frequently be met<sup>13, 14</sup>. However, other indices such as the RMSEA, proved suitable for all models according to Browne and Cudeck<sup>12</sup>, with the criteria of less or equal to 0.08 for a reasonable fit; the

goodness-of-fit index (GFI) for the scale suggested an adequate to good fit, as it exceeded, or closely approached, with a cutoff of 0.9; and X2-df ratio of less than or close to 2<sup>11</sup>.

### *3.2. Internal Consistency and Descriptive Analysis*

Table 1 showed the descriptive statistical analysis of the scales, the correlation among them and the level of internal consistency using Cronbach's alpha. These range from 0.74 to 0.78 indicating an acceptable level of internal consistency of the URICA subscales, excluding the Maintenance.

### *3.3. Intercorrelation among URICA scales*

Significant correlations among the four factors were observed. Higher correlation between contemplation and action, negative correlations between precontemplation and others factors, along with positive correlations between maintenance, contemplation and action were all observed. These results showed the evidence of adaptation in the Brazilian version with correlated factors – Table 1.

## *4. Concurrent Validity*

The differences found in F univariate statistics and in multiples comparisons using Bonferroni among the URICA scales by severity of alcohol dependence though the scores of SADD presented in Table 1, suggest a positive association between contemplation, maintenance and action and both higher scores of SADD and no significant associations between SADD and precontemplation scores.

## **4. Discussion**

The purpose of this article was to evaluate the psychometric properties of the Brazilian version of the URICA among alcohol-dependent outpatients. The results suggested that our data are consistent with a 4-factor structure. These factors are not independent and are in fact strongly correlated with each other. On the whole, the URICA scales psychometric properties were acceptable if we considered the exclusion of item 9 and considered dimensions correlations. The confirmatory factor structure was replicated and its internal consistency was acceptable. There was some evidence for concurrent validity in this sample, as several of the URICA subscales were significantly correlated with alcohol severity, suggesting that the outpatients with higher motivation had more severe alcohol dependence, which is similar to the other evidence<sup>15</sup>.

In interpreting our results we must examine the process by which the questionnaire was translated, as this could affect its performance. A poor translation may affect the internal consistency, reliability and validity of an instrument originally developed in another language and culture. We followed a meticulous process to ensure that a semantically equivalent, reliable and valid version was produced. This involved alternative translations of the questionnaire being produced, a bilingual multi-professional committee that examined each question in turn, taped interviews with outpatients and extensive piloting. Outpatients were not only asked to answer the questions but also to say what they thought the questions meant. Psychometric analysis showed that our version had good internal consistency. We did resort to changing the structure of five questions (items 6, 9, 16, 20, 22), which may have altered the performance of the questionnaire. We felt these changes were necessary so as to enable all outpatients to answer all the questions, although our solution was not entirely satisfactory. However, of these five items, only item 9 was finally removed from the analysis due to its low internal consistency. It is important to note

that this item was also removed in another study <sup>2</sup>. The Maintenance scale had a lower internal consistency and some explanations for this are: 1- the change in the structure of the five items, four being from the Maintenance (6-9-16-22 items), where this change altered the scale; 2- We believe that outpatients may only rarely be found at the maintenance stage in the first appointment at the treatment. These explanations outline several limitations of this study. We carried out these modifications because the outpatients tended to answer the complex questions through answering only one part of the question, without reference to the last half. We observed that this fact influenced the validity and the internal consistency of the scale and that the modifications can change the instrument.

The stages of change offers an integrative framework for understanding changes in human behavior and is popular with clinicians and researchers in the addiction field although the validity of the model has been questioned <sup>16,17,18</sup>. Given this questioning, further work is necessary to investigate the factor structure in different clinical and cultural populations. Should this model be developed it has to pass a transcultural test. Very few studies have analyzed the URICA outside Anglo Saxon countries. Our study has shown that a substantial part of the URICA was valid and that the psychometric data is sound. Further studies from different cultures will show how this important instrument could be improved, and especially at specific points in the treatment.

**Acknowledgements:** The authors would like to thank the Gastroenterology Department from The Hospital São Paulo (Universidade Federal de São Paulo) for helping to facilitate the interviews with their outpatients used in this study and Janaina Turisco and Roberta Payá for their help with the data collection.

## References

1. McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: measurement and samples profiles. *Psychoth* 1983; 20:368-75.
2. Pantalon MV, Nich C, Frankforter T, Carroll KM. The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psych Addict Behav* 2002; 16(4); 299-07.
3. Carey KB, Purnine DM, Maisto SA, Carey MP. Assessing Readiness to Change Substance Abuse: A Critical Review of Instruments. *Clinic Psych: Scienc Pract* 1999; 6(3): 245-66.
4. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: project MATCH post treatment drinking outcomes. *J Stud Alc* 1997; 58: 7-19.
5. Carbonari JP, Diclemente CC. Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. *J Consul Clinic Psych* 2000; 68: 810-17.
6. Hernandez –Avila CA, Burleson JA, Kranzler HR. Stage of Change as a predictor of Abstinence Among Alcohol-Dependent Subjects in Pharmacotherapy Trials. *Subst Abus* 1998; 19 (2):81-91.
7. Jorge MR, Masur J. The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. *Brit J Addict* 1985; 80: 301-05.
8. Méndez EB A Brazilian version of the AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Unpublished master dissertation. Universidade Federal de Pelotas – Social Medicine Department Post-Graduate Program; 1999.

9. Tabakoff B, Dongier M.. The WHO/ISBRA Study on State and Trait Markers in Alcoholism: Progress Report. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20(8): 23-7.
10. Byrne BM. *Structural Equation Modeling with EQS and EQS/Windows: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Thousand Oaks (CA): Sage; 1994.
11. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 3rd ed. New York: Harper Collins; 1996.
12. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. In: *Testing structural equation models*. Newbury Park (CA): Sage; 1993. p.136-62.
13. Bentler P M, Bonnet DG. Significance test and goodness of fit in the analysis of covariate structures. *Psych Bull* 1980; 88: 588-06.
14. Marsh HW, Balla JR, McDonald RP. Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psych Bull* 1988; 103: 392-10.
15. Velasquez MM, Carbonari JP, DiClemente CC. Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: The relation of the transtheoretical model variables to psychiatric distress in dually diagnosed patients. *Addict Behav* 1999; 24: 481-96.
16. Davidson R. Editorial and commentaries: "Prochaska and DiClemente's model of change: a case-study?". *Brit J Addict* 1992.; 87:821-35.
17. Davidson R. The Transtheoretical Model - a critical overview. In: *Treating Addictive Behaviors*. New York (NY): Plenum Press; 1998. p. 25-8.
18. Sutton S. Can "stages of change" provide guidance in the treatment of addictions? A critical examination of Prochaska and DiClemente's model. In: *Psychotherapy, Psychological Treatments and the Addictions*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1996. p. 189-05.

**Table 1.** Descriptive analysis, Cronbach's Alpha Coefficients, Pearson Correlation Coefficients among Stages of the URICA and variance and multiples comparisons between means of URICA's stages and severity of alcohol dependence

	M (SD)	Alpha	Correlation			Mild (n=62)	Moderate (n=112)	Severe (n=152)	Univariate F-test <sup>b</sup>		
			Coefficient <sup>a</sup>			M (SD)	M (SD)	M (SD)	F	p-value	
<b>PC<sup>c</sup></b>	19.68 (5.05)	0.772	-	-	-	20.47 (4.16)	19.56 (4.95)	19.44 (5.44)	0.955	0.3859	
<b>C<sup>d</sup></b>	33.26 (2.90)	0.778	-0.280 <sup>a</sup>	-	-	31.73 (3.46)	33.39 (2.63)	33.78 (2.64)	11.986	0.0000 <sup>b</sup>	Mild<moderate, severe
<b>A<sup>e</sup></b>	31.99 (3.57)	0.737	-0.235 <sup>a</sup>	0.735 <sup>a</sup>	-	30.37 (4.48)	32.24 (2.92)	32.46 (3.41)	8.354	0.0003 <sup>b</sup>	Mild<moderate, severe
<b>M<sup>f</sup></b>	22.17 (4.93)	0.628	-0.215 <sup>a</sup>	0.387 <sup>a</sup>	0.418 <sup>a</sup>	20.18 (5.61)	1.77 (4.72)	23.27 (4.49)	9.723	0.0001 <sup>b</sup>	Mild, moderate<severe

*Footnotes:* <sup>a</sup> Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

<sup>b</sup> Univariate F-test (2.322) p<0.01.

<sup>c</sup> PC = Precontemplation

<sup>d</sup> C= Contemplation

<sup>e</sup> A = Action

<sup>f</sup> M = Maintenance



**Artigo 5:** Submetido a publicação no São Paulo Medical Journal

**Protocol: RPM 1133/4 (October 7, 2004)**

**Motivation to change drinking behaviour among outpatients with and without gastric disease** (*Motivação para a mudança do comportamento de beber entre pacientes com e sem doença gástrica*)

Neliana Buzi Figlie, John Dunn, Luis Cláudio Santoro Gomes, Janaina Turisco, Roberta Payá, Ronaldo Laranjeira

**ORIGINAL ARTICLE**

**Neliana Buzi Figlie.** Alcohol and Drug Research Unit, Department Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil.

**John Dunn.** Senior Lecturer in Psychiatry, Royal Free & University College Medical School, Londres, Inglaterra.

**Luis Cláudio Santoro Gomes.** Alcohol and Drug Research Unit, Department Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil.

**Janaina Turisco.** Alcohol and Drug Research Unit, Department Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil.

**Roberta Payá.** Alcohol and Drug Research Unit, Department Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil.

**Ronaldo Laranjeira.** Alcohol and Drug Research Unit, Department Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil

**Place where the work was developed:** Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil

**Address for correspondence: (about the manuscript and publication)**

Neliana Buzi Figlie

R. Borges Lagoa, 564 — conj. 44 — Vila Clementino

São Paulo (SP) — Brasil — CEP 04038-000.

Tel./Fax. (+55 11) 5579-0640 — Cel. (+55 11) 9659-3327.

E-mail: [neliana\\_figlie@uol.com.br](mailto:neliana_figlie@uol.com.br) or [neliana@psiquiatria.epm.br](mailto:neliana@psiquiatria.epm.br)

**Sources of funding:** Fapesp (Fundo de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo) – Processo nº: 99/09601-8

**Conflicts of interest:** Not declared.

## **ABSTRACT**

**CONTEXT:** For some patients who have developed significant alcohol-related physical disease, total abstinence from alcohol may offer the best chance of survival. However, if such patients underestimate the severity of their drinking problem or do not believe that their drinking behaviour exacerbates their health problems, they may be unlikely to remain alcohol free.

**OBJECTIVE:** The aim of this study was to investigate motivation for treatment in two groups of alcohol users: 151 outpatients from the gastroenterology clinic and 175 from the specialist alcohol treatment service.

**TYPE OF STUDY:** Cross-sectional study

**SETTING:** Federally funded public teaching hospital.

**METHODS:** The interview was conducted in the outpatient clinics at the first appointment, consisted of: a demographic section, Short Form Health Survey (SF-36), Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD), Fagerström Test for Nicotine Dependence, pattern of alcohol and drug consumption, University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) and Drinker Inventory of Consequences (DrInc 2-L).

**RESULTS:** The results suggested that outpatients from the gastroenterology clinic were less dependent on alcohol, had suffered fewer consequences from alcohol, and had less emotional and mental health problems when compared with the outpatients from alcohol treatment service. In relation to their stages of change, the gastroenterology outpatients presented high precontemplation stage at the beginning of treatment while outpatients of alcohol treatment service showed higher scores in contemplation, action and maintenance.

**DISCUSSION:** The outpatients from gastric diseases showed low motivation to change the drinking behaviour. This is an important aspect to plan a treatment proposal that link the alcohol consumption and the physical health problems in gastric disease clinic aiming to change the drinking behaviour .

**CONCLUSION:** The medical treatment may be a reason for the temporary alcohol abstinence behaviour to the outpatients from gastric diseases. However it could be an opportunity to improve the motivation to drinking behaviour.

**KEY WORDS:** Alcohol. Motivation. Digestive System Diseases. Treatment.

## **INTRODUCTION**

Up to 80% of people with alcohol problems do not seek help from either specialist treatment services or self-help groups.<sup>1</sup> However, untreated alcoholics incur general health care costs at least 100 percent higher than those of non-alcoholics, and this disparity may have existed for as long as 10 years prior to treatment entry.<sup>2</sup> Most alcohol users will access either general medical services or social services during this time.<sup>3,1</sup>

In Brazil, a comprehensive national survey, performed in 107 large cities, indicated that 67.8% of the population had used alcohol at some point in their lives and within this figure 11.2% had had alcohol dependence. In the northern and northeast regions of Brazil, these percentages reached 16%. In all regions there were more male than female alcohol users at a proportion of 3 to 1.<sup>4</sup> In the Brazilian Psychiatric Morbidity Survey, conducted in three major urban areas in Brazil using Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III) diagnostic criteria, the prevalence of alcohol dependence was 15%.<sup>5</sup>

A survey undertaken at the same hospital as the current study used the The Alcohol Uses Disorders Identification Test (AUDIT) to measure the frequency of alcohol misuse in a general public hospital and found that 22% of male inpatients 3% of female inpatients scored positive. The highest prevalence was on the gastroenterology wards (27%). Of the 275 inpatients interviewed 29% had a past history of alcohol consumption higher than the current level and of these 52% scored positive on the AUDIT.<sup>6</sup>

For some patients who have developed significant alcohol-related physical complications, total abstinence from alcohol may offer the best chance of survival.<sup>7</sup> However, if such patients underestimate the severity of their drinking problem or do not believe that their drinking behaviour exacerbates their health problems, they may be unlikely to remain alcohol free.

## **Objective**

The aim of the current study was to assess outpatients from two different types of treatment service (a gastroenterology clinic and an alcohol treatment service) and compare their drinking and smoking behaviours, quality of life, consequences of alcohol consumption and stages of motivational change to discuss implications for the type of intervention that is most appropriate.

## **METHODS**

**Design:** This is a retrospective cross sectional study.

**Setting:** The study was undertaken at a general hospital. Two clinics were used: a gastric disease clinic and an alcohol treatment service. We considered it important to have outpatients in the sample who might display very different levels of motivation in relation to seeking help for their alcohol problem, hence the choice of the two settings.

**Sample:** There were 151 outpatients interviewed at the gastroenterology clinic and the 175 at the alcohol treatment service. Seven patients refused to take part in the study from the gastric disease clinic. The interviews were conducted in the outpatient clinics at the first appointment by one of three psychologists. The most common illnesses diagnosed at the gastroenterology clinic were: 58% (n = 88) hepatopathy, 8% (n = 12) hepatitis, 6% (n = 9) pancreatitis, 14% (n = 21) no diagnosis and 14% (n = 21) others.

The inclusion criteria were as follows:

- At the alcohol treatment service: all outpatients who sought help for alcohol related problems and who scored mild, moderate or severe alcohol dependence on the Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD).<sup>8</sup>
- At the gastric disease clinic: all outpatients were screened with the Portuguese version of the AUDIT<sup>6</sup> and those scoring positive (score  $\geq 8$ ) were interviewed with the SADD. Thereafter, the same criteria were applied. During the 21-month study period, 336 outpatients presented to the gastroenterology clinic of whom 158 (47%) scored positive on the AUDIT.

The exclusion criteria were: outpatients abusing substances other than alcohol, outpatients with gastric disease who were not alcohol dependent and outpatients who presented high levels of intoxication during the interview. Women were also excluded from the study. As

there were so few women presenting to either service, it was thought better to exclude them, as gender might have been a confounder in subsequent analyses.

**Main Measurements:** The interview consisted of the following:

**a)** Social Demographic Data: age, schooling level, race, marital status, occupation, and family income through Brazilian minimum wage (approximately \$ 70.00).

**b)** Pattern of alcohol consumption was documented using the interview schedule developed for the World Health Organization/International Society for Biomedical Research on Alcoholism (WHO/ISBRA) Collaborative Study on State and Trait Markers in Alcoholism.<sup>9</sup> The questions addressed the pattern of alcohol consumption, the quantity and frequency of use in the last 30 days as well as the heaviest life time period of alcohol consumption.

**c)** Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD): derived from the original Attention Deficit Disorder (ADD) consisting of 15 items.<sup>10</sup> The Brazilian Portuguese<sup>8</sup> version measures the severity of alcohol dependence (mild, moderate and severe).

**d)** Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND): Developed by Karl-Olov Fagerström<sup>11</sup> and then modified by Heatherton and collaborators<sup>12</sup> to improve internal consistency in relation to a biochemical index of smoking. It consists of 6 questions regarding the typical pattern of smoking. The Brazilian Portuguese version was used.<sup>13</sup>

**e)** Short Form Health Survey (SF-36): to investigate quality of life through a general evaluation of health. This instrument was validated in Brazil by Cicconelli.<sup>14</sup> The scale has 36 items which evaluate: Physical Functioning, Role Limitation due to Physical Problems, Bodily Pain, General Health Perceptions, Vitality, Social Functioning, Role Limitation due to Emotional Problems, General Mental Health.

**f)** The Drinker Inventory of Consequences (DrInc 2-L): This instrument (50 items) evaluates drink-related problems in lifetime and was developed for Project Michigan Assistive Technology Clearinghouse (Project MATCH).<sup>15</sup> It was translated and adapted to Brazilian Portuguese.<sup>16</sup>

**g)** University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA): to investigate the stages of change: Pre-contemplation, Contemplation, Action and Maintenance. The questionnaire

was translated and cross culturally adapted into Portuguese and back translated to English. A Brazilian Portuguese version with Cronbach's alpha of between 0.63 and 0.79 was used.<sup>16</sup>

**h)** The Stages, Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES): to investigate readiness to change of drinking behaviour through Recognition, Ambivalence and Taking Steps. A Brazilian Portuguese version with Cronbach's alpha of between 0.74 and 0.89 was used. The questionnaire was translated and cross culturally adapted into Portuguese and back translated to English. The confirmatory factor analysis showed that two correlated factors provided the best fit for the data.<sup>17</sup>

### **Ethical considerations**

The study has been approved by the Ethics Committee for Medical Research of the Universidade Federal de São Paulo, Brazil and is in agreement with the principles laid down in the Declaration of Helsinki (1964). All subjects signed a consent form prior to participating and were guaranteed anonymity and confidentiality.

### **Statistical methods**

The characteristics of the two samples of alcohol dependent individuals were compared using: the chi squared test ( $\chi^2$ ) for categorical data, student's t-test for parametric variables that followed a normal distribution. Data that did not follow a normal distribution was analysed with the non-parametric Mann-Whitney U test. Statistical significance was assigned if  $p$  were less than 05.

## **RESULTS**

### *Sociodemographic data*

The demographic characteristics of the subjects according to the two group categories are presented in Table 1. The groups were similar in respect of race (white), marital status (married) and occupational status. The alcohol treatment service outpatients were in general better educated and younger than those from the gastric disease clinic.

### *Pattern of alcoholic consumption and consequences of drinking*

There were marked differences in alcohol consumption. More outpatients from the alcohol treatment service scored higher on the SADD and more of them were rated as having severe alcohol dependence, while outpatients from the gastric clinic were more likely to have moderate dependence. Outpatients seen in the gastroenterology clinic tended to have a moderate alcohol pattern of consumption in the last 30 days whilst those seen in the alcohol treatment service were heavy drinkers. There was a longer time interval since outpatients had last consumed alcohol in the gastric clinic compared to alcohol treatment service.

There was no difference in the highest ever level of reported alcohol consumption between the two groups but the outpatients from the gastric clinic had drunk at this level for longer.

#### *Smoking Pattern*

Significantly more outpatients from the alcohol treatment service were current smokers (73% vs. 55%) but the outpatients from gastric disease clinic were more likely to be ex-smokers (25% vs. 7%). However among current smokers levels of severe nicotine dependence were similar between outpatients from the two services (Table 3).

#### *Quality of Life*

Outpatients from the alcohol treatment service had higher scores on the Physical Functioning, Role Limitation due to Physical Problems and Vitality scales of the Short Form Health Survey (SF-36), whilst gastroenterology outpatients scored higher on the Role Limitation due to Emotional Problems and General Mental Health sub-scales (Table 3).

#### *Drink related Problems*

The outpatients from the alcohol clinic scored higher on the DrInc 2-L questionnaire, suggesting that they had suffered more alcohol-related problems in their lifetimes compared with outpatients in the gastric clinic (Table 3).

#### *Motivation to Treatment*

In relation to stages of change, significant differences were found on all the subscales of the URICA with the alcohol treatment service group scoring higher on the contemplation, action and maintenance domains and the gastroenterology outpatients scoring highest on the pre-contemplation scale (Table 4). On the SOCRATES, outpatients from the alcohol treatment service scored higher on Recognition and Ambivalence but there were no differences between the two samples on the scores for Taking Steps.

## **DISCUSSION**

In this study we have compared two groups of alcohol dependent outpatients, one from a specialist alcohol treatment service and one from a gastric diseases clinic. Marked differences were found in the characteristics of these two populations. The outpatients from the alcohol treatment service were younger but more severely dependent on alcohol and more likely to be current heavy drinkers. Despite their relative youth, they had suffered more alcohol-related problems. Outpatients from the alcohol service had suffered more emotional and mental health problems but less physical consequences. In terms of their motivational state, outpatients from the alcohol clinic were more likely to believe that they had a drink problem and needed to seek help to change their drinking behaviour. The outpatients from the gastric clinic were older and had been drinking for longer. Although in the past they had been drinking at a similar level to the outpatients from the alcohol clinic, they were now more likely to be only moderately dependent, to have recently cut down their consumption or stopped drinking in last month. Even though they had been drinking for longer, they had accrued fewer life-time, alcohol-related problems and had less role limitation due emotional and general health problems. They were also more likely to be ex-smokers, suggesting that this group had already made significant behaviour changes which would have a beneficial impact on their health. Despite this, their cognitive beliefs seemed to be lagging behind and they were more likely to be in a pre-contemplative stage as far as changing their drinking behaviour was concerned.

As the outpatients from the alcohol treatment clinic were voluntarily seeking help for their problems it is not surprising that they scored higher on the questionnaires measuring contemplation, action and maintenance. What is surprising is why the gastric



diseases clients, who had a serious physical complications requiring medical treatment and who had already changed both their drinking and smoking behaviour, should score so high on the pre-contemplation scale but low on the action and maintenance scales. One could argue that as the gastric diseases outpatients had already changed their drinking behaviour they did not see the need to take further action or seek help and for this reason they scored high on the pre-contemplation stage. However, if this were the case one would expect them to score high on the action and maintenance subscales, which they did not. It seems as if this group of outpatients just are stopping alcohol consumption because their treatment time and or because gastric disease symptoms. It is important to note that the drinking behaviour is strongly not indicated by gastroenterologists in this study. The treatment may be a reason for the temporary alcohol abstinence behaviour, although it may not be able to change the behaviour. Another reason for this may be that outpatients with alcoholic liver disease are generally less dependent on alcohol.<sup>18,19</sup> However, there is evidence that drinkers who developed liver disease have limited insight into the relationship between their behaviour and their health status<sup>20</sup> and they do not differ significantly from patients with non-alcoholics liver diseases in the level of awareness of the severity of their disease.<sup>21</sup> Many people with alcohol dependence who suffer from secondary illnesses will not accept onward referrals to alcohol treatment programs.<sup>22,23</sup> Furthermore healthcare professionals working in medical services may not be skilled at recognising or treating alcohol misuse.<sup>24</sup> Therefore, it may be more appropriate that any intervention undertaken with this patient group takes place in the gastroenterology clinic itself by trained specialist alcohol liaison workers.<sup>25,26</sup>

The implications of these finding in relation to the type of treatment intervention appropriate to each patient group are important. Outpatients presenting to alcohol treatment services are more likely to be severely dependent drinkers and to be still drinking heavily at presentation. Treatment should be aimed at enabling these outpatients to take the first step to reducing their alcohol consumption or stopping altogether. At the time of presentation to services they are likely to be motivated to change and receptive to cognitive behavioural approaches to facilitate this change.<sup>27</sup> Treatment services need to be responsive to this state of readiness. On the other hand, outpatients presenting to gastroenterology clinics with physical complications of alcohol misuse are more likely to have already taken steps to

reduce or stop their alcohol consumption (long time interval since outpatients had last consumed alcohol) but are less likely to be receptive to the kind of interventions offered by specialist alcohol treatment services. The initial aims of treatment need to be more focused on engaging these outpatients with treatment services, enabling them to see the link between their alcohol consumption and physical health problems, to support the changes that they have already made and to teach them the skills to reduce their risk of relapse back into alcohol misuse.<sup>28</sup>

## **CONCLUSION**

The outpatients from gastric diseases showed low motivation to change the drinking behaviour. The treatment may be a reason for the temporary alcohol abstinence behaviour because the outpatients scored high on the pre-contemplation scale but low on the action and maintenance scales. It seems as if this group of outpatients just are stopping alcohol consumption because their treatment time and or because gastric disease symptoms.

## **REFERENCES:**

1. Institute of Medicine. Broadening the base of treatment of alcohol problems: report a study by a committee of the Institute of Medicine, Division of Mental Health and Behavioural Medicine. Washington DC: National Academy Press; 1990. p. 211-41.
2. National Institute on Alcohol Abuse and alcoholism. Eight special report to the U.S. congress on alcohol and health. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services; 1993. p. 253-65.
3. Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, et al. - Acima de seis autores, devem ser citados os três primeiros e “et al“. Utilization of health and mental health services. Three Epidemiologic Catchment Area sites. Arch Gen Psychiatry. 1984;41(10):971-8.
4. Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Nappo SA. Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do Brasil. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

5. Baxter Andreoli S, Blay SL, de Almeida Filho N, et al. Reliability of diagnostic instruments: investigating the psychiatric DSM-III checklist applied to community samples. *Cad Saude Publica*. 2001;17(6):1393-402.
6. Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira RR, Dunn J. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerström questionnaires. *São Paulo Med J*. 2000;118(5):139-43.
7. Schenker S. Alcoholic liver disease: Evaluation of natural history and prognostic factors. *Hepatology*. 1984;4(1):36S-43S.
8. Jorge MR, Masur J. The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. *Br J Addict*. 1985;80(3):301-5.
9. Tabakoff B, Dongier M. The WHO/ISBRA Study on State and Trait Markers in Alcoholism: Progress Report. *Alcoh Clin Exp Res*. 1996;20(8):243A-247A.
10. Raistrick D, Dunbar G, Davidson R. Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *Br J Addict*. 1983;78(1):89-95.
11. Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978;3(3-4):235-41.
12. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119-27.
13. Marques AC, Campana A, Giglioti A, Lourenço MT, Ferreira M, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência da nicotina. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):200-14.
14. Cicconeli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian Portuguese version of the SF-36. A reliable and validity quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumat*. 1999;39(3):143-150.
15. Miller WR, Tonigan JS, Longabaugh R. The Drinker Inventory of Consequences (DrInc) an Instrument for Assessing Adverse Consequences of Alcohol Abuse. Test Manual. N/AAA Project MATCH Monograph Series. Vol. 4. NIH Pub. No. 95-3911. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, in press
16. Figlie NB. Motivação em alcoolistas tratados em ambulatório específico para alcoolismo e em ambulatório de gastroenterologia – dados do projeto piloto. [dissertation] São Paulo:

Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 1999. Available from: <http://www.uniad.org.br/docs/teses/teseNelianaFiglie.doc>

17. Figlie NB, Dunn J, Laranjeira R. Motivation for Change in Alcohol Dependent Outpatients from Brazil. *Addict Behav* (forthcoming 2004). Available from: [http://authors.elsevier.com/trackpaper.html?add\\_art=myarticles&from\\_source=notlogged&trk\\_article=AB1074&trk\\_surname=figlie&Go.x=15&Go.y=2](http://authors.elsevier.com/trackpaper.html?add_art=myarticles&from_source=notlogged&trk_article=AB1074&trk_surname=figlie&Go.x=15&Go.y=2)
18. Wodak AD, Saunders JB, Ewushi-Mensah L, Davies M, Williams R. Severity of alcohol dependence in patients with alcoholic liver disease. *Brit Med J*. 1983;287(6403):1420-2.
19. Farid B, Lucas EG, Williams R. Occupational risk factors in patients with alcoholic or non-alcoholic liver disease. *Alcoh Alcoholism*. 1994;29(4):459-63.
20. Farid B, Clark M, Williams R. Health Locus in Problem Drinkers with and without Liver Disease. *Alcoh Alcoholism*. 1988;33(2):184-7.
21. Farid B, Johnson RD, Lucas EG, Williams R. Perception of Illness among Patients with Alcoholic Liver Disease. *J Stud Alcoh*. 1988;49(4): 375-7.
22. Willenbring ML, Olson DH, Bielinski JB. Integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men: results from a quasi-experimental study. *J Stud Alcoh*. 1995; 56(3): 337-43.
23. Cooney N, Sweben A, Fleming M. Screening for alcohol problems and at-risk drinking. In: Rester, R.K. and Miller, W.R. editors. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*, 2th ed. Boston: Allyn & Bacon, 1995. p. 45-61.
24. Moore RD, Bone LR, Geller G, Mamon JA, Stokes EJ, Levine DM. Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *JAMA*. 1989;261(3):403-7.
25. Hillman A, McCann B, Walker NP. Specialist alcohol liaison services in general hospitals improve engagement in alcohol rehabilitation and treatment outcome. *Health Bull (Edinb)*. 2001;59(6):420-3.
26. Glaser FB. Alcohol and drug problems: a challenge to consultation-liaison psychiatry. *Canad J Psychiat*. 1988;33(4):259-63.
27. Kadden RM. Behavioural and cognitive-behavioural treatments for alcoholism: research opportunities. *Addict Behav*. 2001;26(4):489-507.

28. Parks GA, Anderson BK, Marlatt GA. Relapse Prevention Therapy. In: Heather, N., Peters, T.J. and Stockwell, T. editors. International Handbook of Alcohol Dependence and Problem. England: John Wiley & Sons Ltd.; 2001. p. 575-92.

**Acknowledgements** The authors would like to thank the gastroenterology clinic of the Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, for facilitating the interviews with their outpatients.

**Table 1.** Socio-demographic data of alcohol dependent outpatients who presented to an alcohol treatment service and those who presented to a gastric diseases clinic at a general hospital - percentages (numbers)

<b>Socio-demographic data</b>	<b>Alcohol Treatment Service (N = 175)</b>	<b>Gastric Disease Clinic (N = 151)</b>	<b>Statistics</b>	<b>p-value</b>
<b>Age (Mean ±SD)</b>	41.31 (9.80)	47.60 (10.69)	T = 5.534	0.000
<b>Level of schooling :</b>				
Illiterate	2.9(5)	7.3% (11)		
Basic education (8 years of schooling)	51.4 (90)	64.2 (97)	X <sup>2</sup> = 12.202	0.007
High school education	29.7 (52)	19.9 (30)		
College / University	16.0 (28)	8.6 (13)		
<b>Race:</b>				
White	73.1 (128)	70.9 (107)	X <sup>2</sup> = 0.210	0.647
Non-white (Black and inter-racial)	26.9 (47)	29.1 (44)		
<b>Marital Status:</b>				
Married	60.6 (106)	68.2 (103)	X <sup>2</sup> = 2.057	0.152
Unmarried	39.4 (69)	31.8 (48)		
<b>Occupation:</b>				
Blue collar job	29.1 (51)	25.2 (38)	X <sup>2</sup> = 6.378	0.095
White collar job	32.0 (56)	22.5 (34)		
Unemployed	30.3 (53)	40.4 (61)		
Other	8.6 (15)	11.9 (18)		
<b>Family income:</b>				
1 to 5 m.w. <sup>a</sup>	38.3 (67)	41.1 (62)	X <sup>2</sup> = 4.632	0.327
5 to 10 m.w. <sup>a</sup>	29.1 (51)	35.8 (54)		
10 to 20 m.w. <sup>a</sup>	17.1 (30)	13.9 (21)		
Up to 20 m.w. <sup>a</sup>	11.4 (20)	6.0 (9)		
Don't know	4.0 (7)	3.3 (5)		

*Footnote:* <sup>a</sup>m.w. = minimum wages (1 minimum wage = \$ 70,00).

**Table 2.** Comparison of severity of alcohol dependence and pattern of alcoholic consumption between alcohol dependent outpatients presenting to an alcohol treatment service and a gastric diseases clinic – percentage (number)

		<b>Alcohol Treatment Service (N = 175)</b>	<b>Gastric Disease Clinic (N = 151)</b>	<b>Statistics<sup>a</sup></b>	<b>p-value</b>
<b>Severity of alcohol dependence (SADD)</b>	Mild				
	Moderate	9.7 (17)	29.8 (45)	$X^2 = 33.51$	0.000
	Severe	30.3 (53)	39.1 (59)		
	60 (105)	31.1 (47)			
<b>Pattern of alcohol consumption</b>	<i>Total consumption in last 30 days:</i>				
	Moderate Drinking (<83 units per month)	25.1 (44)	79.5 (120)	$X^2 = 95.70$	0.000
	Heavy Drinking ( $\geq 84$ units per month)	74.9 (131)	20.5 (31)		
	Duration in weeks of present consumption – median (interquartile range)	48 (8 - 144)	16 (8 – 32)	$Z = -3.116$	0.002
	Days since last alcohol use – median (interquartile range)	3 (1-14)	38 (11 –120)	$Z = -9.587$	0.000
	Total monthly consumption during period of heaviest consumption: <sup>b</sup>				
	Moderate Drinking (<83 units per month)	1.4 (2)	2.1 (3)	$X^2 = 0.196$	0.658
	Heavy Drinking ( $\geq 84$ units per month)	98.6 (139)	97.9 (139)		
	Duration in weeks of heaviest period of consumption <sup>b</sup> – median (interquartile range)	144 (63-336)	288 (96-681)	$Z = -3.402$	0.000

Footnotes: <sup>a</sup>Z = Mann Whitney and  $X^2$  = Chi-Square.

<sup>b</sup> Alcohol Treatment Service (n = 141) and Gastric Disease Clinic (n = 142).



**Table 3.** Comparison of nicotine dependence, quality of life and drink-related problems between alcohol users from an alcohol treatment service and a gastric diseases clinic

	<b>Scales</b>	<b>Subcales</b>	<b>Alcohol Treatment Service (N = 175)</b>		<b>Gastric Disease Clinic (N = 151)</b>		<b>T test</b>	<b>p-value</b>
			<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>		
<b>Nicotine Dependence</b>	<b>FTND<sup>a</sup></b>	Total Score	4.79	2.53	4.58	2.57	0.666	0.506
<b>Quality of life through a general evaluation of health</b>	<b>SF-36<sup>b</sup></b>	Physical Functioning	79.64	19.91	65.39	25.99	5.599	0.000
		Role Limitation due to Physical Problems	55.26	40.39	38.11	39.11	-3.878	0.0001
		Bodily Pain	61.10	26.51	56.83	27.04	1.437	0.152
		General Health Perceptions	61.70	21.67	59.34	20.91	0.994	0.321
		Vitality	58.43	23.48	55.65	26.42	-1.004	0.023
		Social Functioning	58.2	28.96	60.59	32.08	0.699	0.485
		Role Limitation due to Emotional Problems	41.06	39.56	51.80	40.29	2.423	0.016
		General Mental Health	55.24	24.60	61.42	23.79	-2.297	0.022
<b>Drink-related problems</b>	<b>DrInc 2-L<sup>c</sup></b>	Total Score	32	9	26	11	5.943	0.000

*Footnotes:* <sup>a</sup>FTND = Fagerström Test for Nicotine Dependence

<sup>b</sup>SF-36 = Short Form Health Survey 36

<sup>c</sup>DrInc 2-L = Drinker Inventory of Lifetime Consequences

SD = standard deviation.

**Table 4.** Comparison of stages of change using Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) and University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) between alcohol dependent outpatients from an alcohol treatment service and a gastric diseases clinic

Scales	Subscales	Alcohol Service (N = 175)		Gastric Disease Clinic (N = 151)		T test	p-value
		Mean	SD	Mean	SD		
URICA	Precontemplation	18.93	5.26	20.55	4.66	- 2.923	0.004
	Contemplation	29.78	2.66	28.44	2.68	4.498	0.000
	Action	28.49	3.32	27.63	3.19	2.365	0.019
	Maintenance	22.92	4.97	21.29	4.74	3.012	0.003
SOCRATES	AMREC <sup>a</sup>	35.61	5.24	30.21	7.03	7.921	0.000
	Taking steps	26.71	3.94	26.89	4.12	-0.402	0.688

*Footnote:* <sup>a</sup>AMREC = Ambivalence and Recognition; SD = standard deviation.

## **RESUMO**

**CONTEXTO:** Para alguns pacientes que desenvolveram doenças físicas relacionadas ao consumo de álcool, a abstinência de bebidas alcoólicas pode oferecer a melhor chance de sobrevivência. Entretanto se alguns pacientes subestimarem a severidade dos problemas relacionados a este consumo ou não acreditarem que o comportamento de beber pode exacerbar seu problema físico, os mesmos podem não manter a abstinência.

**OBJETIVO:** O objetivo deste estudo foi de investigar a motivação para tratamento em dois grupos de consumidores de álcool: 151 pacientes do ambulatório de gastroenterologia e 175 do ambulatório especializado no tratamento para alcoolismo.

**TIPO DO ESTUDO:** Estudo de corte transversal.

**LOCAL:** Hospital escola do serviço público federal.

**MÉTODOS:** A entrevista foi conduzida nos ambulatórios na primeira consulta ao serviço e consistiu em uma seção com 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 2-L).

**RESULTADOS:** Os resultados sugeriram que os pacientes do ambulatório de gastroenterologia eram menos dependentes do álcool, sofriam menos as conseqüências relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas e possuíam menos problemas mentais e emocionais quando comparados com os pacientes do ambulatório para tratamento do alcoolismo. Em relação aos estágios de mudança, os pacientes da gastroenterologia apresentaram maiores escores na pré-contemplação no início do tratamento e os pacientes do ambulatório especializado apresentaram escores maiores em contemplação, ação e manutenção.

**DISCUSSÃO:** Os pacientes do ambulatório de gastroenterologia apresentaram baixa motivação para a modificação do comportamento de beber. Este é um aspecto importante para planejar uma proposta de tratamento que possa trabalhar a associação do consumo de álcool com problemas físicos em um ambulatório de doenças gástricas.

**CONCLUSÃO:** O tratamento médico pode ser uma razão para a abstinência temporária de álcool para os pacientes do ambulatório de gastroenterologia. Todavia, o mesmo pode ser uma oportunidade para fortalecer a motivação para a mudança do comportamento de beber.

**PALAVRAS-CHAVE:** Álcool. Motivação. Doenças do sistema digestório. Tratamento.

## VI - CONCLUSÕES

---

As principais conclusões e implicações deste estudo encontram-se a seguir:

1. Foi realizado um levantamento do uso nocivo e dependência de álcool com 275 pacientes internados em todas as enfermarias no hospital geral. Na amostra pesquisada, 22% dos homens e 3% das mulheres apresentaram resultado positivo no rastreamento. A enfermaria de gastroenterologia apresentou a maior prevalência de uso nocivo de álcool (26%) quando comparada com outras enfermarias. Esses dados evidenciam a necessidade de uma política de atenção constante de identificação e tratamento dessa população.
2. No ambulatório de Gastroenterologia foram entrevistados 336 pacientes que se apresentaram pela primeira vez em consulta para tratamento de doença gástrica, durante 21 meses de estudo. A incidência de dependentes de álcool de 47% (n=158). Esse dado reflete a necessidade de intervenção no consumo de bebidas alcoólicas de modo a minimizar danos e oferecer um tratamento que possa atender as necessidades do paciente, não se restringindo apenas a doença gástrica.

3. As propriedades psicométricas da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) foram estudadas. O instrumento foi traduzido e adaptado culturalmente para o idioma português. Durante esse procedimento de adaptação, foram feitas algumas modificações, visando simplificar alguns itens que apresentaram estrutura complexa. As análises estatísticas indicaram a existência de dois fatores correlacionados que melhor exploraram o modelo, com a remoção dos itens 1, 12 e 15. Esse instrumento pode ser aplicado em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente, mensurando a prontidão para mudança em ambivalência/reconhecimento (AMREC) e ação.
  
4. As propriedades psicométricas da University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) foram estudadas. O instrumento foi traduzido e adaptado culturalmente para o idioma português, com idêntico procedimento aplicado ao instrumento SOCRATES. O A análise fatorial confirmatória sugeriu que esta adaptação da URICA mediu os fatores propostos: pré-contemplação, contemplação, preparação e ação, incorporando uma estrutura correlacional, com a remoção do item 9. Os fatores apresentaram boa consistência interna, com exceção da escala de manutenção. Verificou-se evidência de validade concorrente com a severidade da dependência alcoólica. A versão brasileira da URICA é um instrumento válido para medir os estágios de mudança em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente, sendo discutível a utilização da escala de manutenção na primeira consulta do tratamento.

5. Todos os estudos descritos visaram traçar o perfil de pacientes em diferentes tipos de tratamento, a fim de estudar a motivação para a modificação do hábito de beber entre dependentes de álcool com doença gástrica. Os resultados sugeriram que os pacientes do ambulatório de gastroenterologia eram menos dependentes do álcool, sofriam menos as conseqüências do consumo de bebidas alcoólicas e possuíam menos problemas mentais e emocionais quando comparados com os pacientes do ambulatório para tratamento do alcoolismo. Em relação aos estágios de mudança, os pacientes da gastroenterologia apresentaram maiores escores na pré-contemplação no início do tratamento e os pacientes do ambulatório especializado mostraram escores maiores em contemplação, ação e manutenção.

Nesse contexto, podemos concluir que os pacientes do ambulatório de gastroenterologia evidenciaram menor motivação para a modificação do comportamento de beber e que a doença física não atuou como estímulo para a manutenção da abstinência. Este é um aspecto importante para planejar uma proposta de tratamento que possa trabalhar a associação do consumo de álcool com problemas físicos em um ambulatório de doenças gástricas, e que o mesmo possa ser uma oportunidade para fortalecer a motivação para a mudança do comportamento de beber.

## VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Arbuckle JL. Amos User's Guide (Version 3.6). Chicago (IL): Smallwaters Corporation; 1997.

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, 1989.

Babor, T.F. ; Fuente JR; Saundes J; Grant, M. AUDIT The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organisation PSA/92.4, 1992.

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

Bode C, Bode C. Alcohol's role in gastrointestinal tract disorders. *Alcohol Health & Res Word* 1997, 21(1): 76-83.

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.

Bradley KA. Management of alcoholism in the primare care setting. *West J Med* 1992 mar; 156(3):273-7.

Brown JM. The Effectiveness of Treatment. In: Heather, N., Peters, T.J. and Stockwell, T. editors. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problem*. England: John Wiley & Sons Ltd.; 2001. pp. 497-508.

Byrne BM. *Structural Equation Modelling with EQS and EQS/Windows: Basic Concepts, Applications and Programming*. Thousand Oaks (CA): Sage; 1994.

Carlini-Cotrim B, Chasin AAM. Blood alcohol content and deaths from fatal injury: a study in the metropolitan área of São Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs*, 33: 269, 2000.

Cicconeli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian Portuguese version of the SF-36. A reliable and validity quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumat*. 1999;39(3):143-150.



Cherpitel CJ. Drinking patterns and problems: a comparison of primary care with emergency room. *Subst Abus*, 1999 Jun; 20(2):85-95.

Crew KD, Negret AI. Epidemiology of upper gastrointestinal malignancies. *Semin Oncol*. 2004 Aug; 31(4):450-64.

Connors GJ, Donovan DM, DiClemente CC. *Substance Abuse Treatment and Stages of Change*. New York (NY): The Guilford Press; 2001.

Davidson R, Rollnick S, MacEwan I. *Counselling Problem Drinkers*. London: Routledge, 1991.164p.

DiClemente, C.C; Prochaska, J.o. Self change and therapy change of smoking behaviour. *Addict Behaviour* 7:133-142, 1982.

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.

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

Durand MA. General Practice involvement in the management of alcohol misuse: dynamics and resistances. *Drug Alcohol Depend* 1994 jun; 35(3):181-9.

Edwards, G.; Dare, C. *Psicoterapia e Tratamento das Adições*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

Edwards, G.; Marshall, E.J.; Cook, C.C.H. Complicações físicas do beber excessivo. In: *O Tratamento do Alcoolismo*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999. pp.113-132.

Epstein EE (2001). Clasification of alcohol-related problems and dependence. In: *International handbook of Alcohol Dependence and Problemas*. pp. 47-70. John Wiley & Sons LTDA England.

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

Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Motivação. In: *Aconselhamento em Dependência Química* (2004) Ed. Roca LTDA. São Paulo – SP. pp. 213-22.

Figlie NB , Laranjeira R. Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. *Rev Bras Psiq*, 26(1): 63-67, 2004.

Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978;3(3-4):235-41.

Galduróz JCF, Noto AR, Napo AS. II Levantamento Domiciliar Nacional sobre o uso de Drogas Psicotrópicas Parte A: envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo -- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2002.

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.

Gomberg ES. Treatment for alcohol-related problems:special populations – research opportunities. *Recent Dev Alcohol* 2003; 16:313-33.

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.

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.

Heather N. The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive Behaviors* 1996, 21: 857-863.

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.

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<sup>a</sup> ed., vol.2: 2027-2034. Oxford: Oxford University Press, 1996.

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.

Jungerman FS, Laranjeira R. Entrevista Motivacional: bases teóricas e práticas. *J Bras Psiq*, 48(5): 197-207, 1999.

KATZ, J.; PEBERDY, A. *Promoting health: knowledge and practice*. London: Macmillan, 1997.

Kerr Correa F et al. Importância do estudo de prevalência de ingestão alcoólica excessiva para diagnóstico do alcoolismo em enfermarias gerais e especializadas. *Rev Assoc Bras Psiq*; 7(27):159-62, out-dez, 1985.

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.

Laranjeira et al. Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. *J Bras Dep Quim* 2000, 1(1): 5-16.

Maher JJ. Exploring alcohol's effects on liverfunction. *Alcoh Health & Res Word* 1997, 21(1): 5-12.

Maisto AS, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, O'Connor M, Kelley ME. Factor structure in a sample of primary care patients. *Addict Behav* 1999;24(6):879-92.

McConaughy, E.A.; Prochaska, J.O.; Velicer, W.F. Stages of change in psychotherapy: measurement and samples profiles. *Psychotherapy*, 20:368-375, 1983.

McConaughy, 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.

Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev Bras Psiq* 2004; 26(supl 1):7-10.

Méndez EB. A Brazilian version of the AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Unpublished master dissertation. Universidade Federal de Pelotas – Social Medicine Department Post-Graduate Program; 1999.

<sup>a</sup>Miller WR. SOCRATES The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Version 8). Albuquerque (NM): Univ New Mexico; 1995.

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.

<sup>a</sup> Miller, W.R., Rollnick, S. Ambivalence: The Dilemma of Change. In: *Motivational Interviewing: preparing people for change*. New York, NY: Guilford Press, 2002. pp.13-19.

<sup>b</sup> Miller, W.R., Rollnick, S. *Motivational Interviewing: preparing people for change*. New York, NY: Guilford Press, 2002. 428p.

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.

<sup>b</sup> 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.

Miller W.R., Tonigan J.S. (1997). *Assessing Drinkers' Motivation for Change: The stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)*. In: *Addictive Behaviors: Readiness on Etiology, Prevention and Treatment*. Edited by G. Alan Marlatt and Gary R. VandenBos. 1st edition, American Psychological Association. Washington DC.

Mincis M, Pereira AA, Steinwurz F, Mincis R. Prevalência de bebedores excessivos, motivos de suas consultas e dados clínicos relacionados com doença hepática: estudo prospectivo em pacientes do Ambulatório da Disciplina de Gastroenterologia da Faculdade de Ciências Médicas de Santos. *RBM – Rev Bras Méd*; 47(9): 406, 408, 410-11, set 1990.

Moos RH, Moos BS. (2004) The interplay between help-seeking and alcohol-related outcomes: divergent processes for professional treatment and self-help groups. *Drug Alcohol Depend.* 2004 Aug 16;75(2):155-64.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert n<sup>o</sup>19: Alcohol and the liver. PH 329. Bethesda, MD: The Institute, 1993.

NI, M.; MARGETTS, B.; SPELLER, V. Applying the stage of change model to dietary change. *Nutrition Reviews* , 51:10-16, 1997.

Noto AR, Carlini EA. Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987 – 1993). *Revista ABP-APAL*, 17 (3): 107, 1995.

[OPS] Organización Panamericana de Salud. La aplicación de teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de la salud. Ver Panam Salud Publica, 4:142-148, 1998.

Palha AP, Esteves M, Ferreira F. Diagnóstico de alcoolismo oculto: uma reavaliação. J Bras Psiqu; 50(1-2):15-21, 2001.

Pedhazur EJ, Schmelkin LP. Measurement, Design and Analysis: An integrated approach. New Jersey (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Inc., Publishers; 1991.

Porto JD, Torre FA, Aguilár AA, Rosa H. Estudo clínico-epidemiológico da pancreatite crônica calcificante em Goiânia. Arq gastroenterol 36(1): 27-31, jan-mar, 1999.

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

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

Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C.; Norcross, J.C. In search of how people change: applications to addictive behaviours. American Psychologist, 7:1102-14, 1992.

Raistrick, D.; Dunbar, G.; Davidson, R. Development of questionnaire to measure alcohol dependence. British Journal of Addiction, 78: 89-95, 1983.

Rehm et al. (2003) Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research*; 9:157-164.

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.

Seitz HK, Homann N. Effect of alcohol on the orogastrointestinal tract, the pancreas and the liver. In: Heather, N., Peters, T.J. and Stockwell, T. editors. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problem*. England: John Wiley & Sons Ltd.; 2001. pp. 151-167.

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.

Schenker S. Alcoholic liver disease: Evaluation of natural history and prognostic factors. *Hepatology*. 1984;4(1):36S-43S.

Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 3rd ed. New York: Harper Collins; 1996.

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.

U.S. Department of Health and Human Services. Alcohol induced-liver injury. In: 10<sup>Th</sup> Special report to the U.S. Congress in Alcohol and Health. 2000 Jun, pp. 198-213.

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.

Wards, SK; Tarvis, C. *Psychology*. New York: Harper Collins, 1992.

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.

Willoughby, F.W., & Edens, J.F. (1996). Construct validity and predictive utility of the stages of change scale for alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 8(3), 275-291.

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.

Zweben A, Fleming MF. Brief intervention for alcohol and drug problems. In: Tucker JA, Donovan DM, Marlatt GA. *Changing addictive behavior: bridging clinical and public health strategies*. New York: Guilford Press. pp.251-282.

## IX - 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 (5) Cargos de Chefia  
(2) Estudante (6) Profissional Liberal  
(3) Cargos Operacionais (7) Aposentado  
(4) Cargos Administrativos  
(8) Outros (bicos, etc.) : \_\_\_\_\_
- 6A-Trabalhou no último ano: (1) Tempo integral  
(2) Tempo Parcial  
(3) Não Trabalhou  
(4) Outro: \_\_\_\_\_
- 7-Renda Familiar: (1) 1 salário mínimo (5) 10 à 20 salários mínimos  
(2) 1 à 2 salários mínimos (6) Mais de 20 salários mínimos  
(3) 2 à 5 salários mínimos (7) Não sabe  
(4) 5 à 10 salários mínimos

#### 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 :

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

Usar Cartão1

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) <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) <b>Atividades moderadas</b> , 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 <b>vários</b> lances de escada	1	2	3
e) Subir <b>um lance</b> de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3
h) Andar <b>vários quarteirões</b>	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 <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
b) Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria ?	1	2
c) Esteve <b>limitado</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades ?	1	2
d) Teve <b>dificuldade</b> 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) ?

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

	<b>TODO TEMPO</b>	<b>A MAIOR PARTE DO TEMPO</b>	<b>UMA BOA PARTE DO TEMPO</b>	<b>ALGUMA PARTE DO TEMPO</b>	<b>UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO</b>	<b>NUNCA</b>
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	1(6)	2(5)	3(4)	4(3)	5(2)	6(1)

com muita energia ?						
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**

	DEFINITIVAMENTE 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:**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 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
<b>ESCORE TOTAL</b>				

**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**

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



**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**

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

## 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, run, 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 ?

	<b>+26</b>	<b>18-25</b>	<b>12-17</b>	<b>8-11</b>	<b>5-7</b>	<b>3-4</b>	<b>1-2</b>
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, rum, 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 número 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-Circule 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<sup>A</sup> – 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) Medicamentoso
  - (3) Religioso
  - (4) Internação
  - (5) Psicológico
  - (6) Psiquiátrico
  - (7) Desintoxicação
  - (8) Não sabe definir o tipo de tratamento
- (2) Não

(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<sup>A</sup> – 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 **Ž Ž**
- (5) Psicológico
- (6) Psiquiátrico
- (7) Desintoxicação
- (8) Não sabe definir o tipo de tratamento
- (9) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_





## **ANEXO 2: CARTÕES COM ALTERNATIVAS DE RESPOSTAS**

---

### **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 13

 **Discorda Muito**

 **Discorda**

 **Indeciso**

 **Concorda**

 **Concorda Muito**

## **CARTÃO 14 - *AUDIT***

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



## ANEXO 3: INSTRUMENTOS

### 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**

	<b>Discorda Muito</b>	<b>Discorda</b>	<b>Indeciso</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda Muito</b>
1- No meu ponto de vista, eu não tenho nenhum problema que precise 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 eu estar aqui.	1	2	3	4	5
6- Você está preocupado em voltar a ter o problema que você pensou que já tinha resolvido? ( ) <b>Não</b> - Coloque e resposta Discordo Muito – <u>Vá para Q7</u> ( ) <b>Sim</b> 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

	<b>Discorda Muito</b>	<b>Discorda</b>	<b>Indeciso</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda Muito</b>
9-Você tem tido sucesso em resolver seu problema? ( ) <b>Não</b> - Coloque e resposta Discordo Muito – Vá para Q10 ( ) <b>Sim</b> - Mas não tenho certeza que eu possa manter este esforço sozinho?	1	2	3	4	5
10- Às vezes meu problema é difícil, mas estou tentando solucioná-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	
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 e 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 e resposta Discordo Muito – Vá para Q21. ( ) Sim - Mas gostaria de receber ajuda.	1	2	3	4	5

	<b>Discorda Muito</b>	<b>Discorda</b>	<b>Indeciso</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda Muito</b>
21- Talvez este lugar possa me ajudar.	1	2	3	4	5
22- Você fez alguma mudança em relação ao seu problema? ( ) Não-Coloque e 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 seja.	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, às vezes ele volta a me perseguir.					

## ESCORES: URICA

	<b>Pré- Contemplação</b>	<b>Contemplação</b>	<b>Ação</b>	<b>Manutenção</b>
<b>Muito baixo</b>	14	31	28	15
<b>Baixo</b>	16	32	31	19
<b>Médio</b>	19	33	32	22
<b>Alto</b>	23	35	34	26
<b>Muito Alto</b>	35	40	40	34

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- Às 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- Às 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? ( ) <b>Não</b> – Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q14 ( ) <b>Sim</b> - Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar o meu beber.	1	2	3	4	5
14- Antes você tinha problemas com a bebida? ( ) <b>Não</b> – Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q15 ( ) <b>Sim</b> - 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? ( ) <b>Não</b> – Coloque a resposta Discordo Muito e finalize esta escala. ( ) <b>Sim</b> – Eu quero alguma ajuda para não voltar a beber como antes.	1	2	3	4	5

## ESCORES: SOCRATES

	<b>AÇÃO</b>	<b>AMREC</b>
<b>Muito Baixo</b>	22,00	24,00
	24,00	28,00
<b>Baixo</b>	26,00	32,00
	28,00	33,80
<b>Médio</b>	28,00	35,00
	28,00	36,00
<b>Alto</b>	28,00	36,00
	29,00	37,00
<b>Muito Alto</b>	31,00	41,00
	35,00	45,00

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

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



### 3.4) AUDIT – The Alcohol Use Disorder Identification Test

Circule o número que ficar mais próximo à resposta dada:

1. Com que frequência o(a) Sr(a) toma bebidas de álcool?
 

(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Duas a quatro vezes por mês	(3) Duas a três vezes por semana	(4) Quatro ou mais vezes por semana
-----------	------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------
2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas o(a) Sr.(a) costuma tomar?
 

(0) 1 ou 2 “doses”	(1) 3 ou 4 “doses”	(2) 5 ou 6 “doses”	(3) 7 a 9 “doses”	(4) 10 ou mais “doses”
--------------------	--------------------	--------------------	-------------------	------------------------
3. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?
 

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
4. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?
 

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
5. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?
 

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?
 

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
7. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?
 

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
8. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?
 

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
9. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o Sr.(a) ter bebido ?
 

(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano	(4) Sim, durante o último ano
---------	--------------------------------	-------------------------------
10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr.(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?
 

(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano	(4) Sim, durante o último ano
---------	--------------------------------	-------------------------------

- Nas questões número 1 e 3, caso não seja compreendido, substitua “com que frequência” por “quantas vezes por ano, mês ou semana”; nas de 4 a 8, substitua por “de quanto em quanto tempo”.
- Nas questões de 4 a 8, caso não seja compreendido, substitua “durante o último ano” por “desde o mês de \_\_\_\_\_ (corrente) do ano passado”.
- Na questão 3, substitua “seis ou mais doses” pela quantidade equivalente da(s) bebida(s) no(s) recipiente(s) em que é(são) consumida(s). Ex. ...”três garrafas de cerveja ou mais”...

(Preencha as questões 2 e 3, transformando as quantidades em “doses”, baseado no quadro abaixo)

**CERVEJA:** 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata - 1 “DOSE” ou 1 garrafa - 2 “DOSES”  
**VINHO:** 1 copo comum grande (250ml) - 2 “DOSES” ou 1 garrafa - 8 “DOSES”  
**CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE:** 1 “martelinho” (60ml) - 2 “DOSES”  
 1 “martelo”(100ml) - 3 “DOSES” ou 1 garrafa - mais de 20 “DOSES”

## 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 para Alcoolismo e 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 me acarrete qualquer consequência.

Eu concordo em participar voluntariamente,

---

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

---

TESTEMUNHA

## ANEXO 5: CARTAS DE ACEITAÇÃO DOS ARTIGOS ENVIADOS PARA REVSIATS CIENTÍFICAS

---

# *Revista Brasileira de Psiquiatria*

---

SÃO PAULO, 23 DE JULHO DE 2009.

Prezada Dra  
Neliana Buzi Figlie et cols.

Agradecemos a oportunidade de apreciar seu artigo “Stages of change in alcohol outpatients at the first appointment in treatment”, protocolo nº 2045 A . A RBP tem o máximo interesse em revisar o presente artigo. Entretanto, em função do número crescente de submissões, definiu-se em reunião editorial que artigos descritivos de aspectos clinicamente significativos com amostras de tamanho adequado (como o caso desse estudo) deveriam ser apresentadas sobre a forma de comunicações breves. Portanto, se autores considerarem adequada essa forma de apresentação, ficaríamos muito satisfeitos em re-encaminhar o presente artigo para revisão por pareceristas (1500 palavras, 1 tabela e 15 referências).

Vale lembrar que Comunicação Breve é uma seção da nossa revista que veicula artigos Originais, porém com um menor número de palavras.

Caso seja aceita essa sugestão, envie o artigo re-formatado à secretaria da RBP, no prazo de 30 dias (**pode ser por correio eletrônico**). Desta forma, o trabalho poderá ser re-encaminhado aos editores para nova avaliação.

Agradecemos o interesse dos autores na revista Brasileira de Psiquiatria e aproveitamos a oportunidade para encorajá-los a nos enviar novos trabalhos para apreciação. Sintam-se à vontade para nos contatar em caso de eventuais dúvidas e maiores informações.

Atenciosamente,

Rodrigo A Bressan

---

Rua Pedro de Toledo, 967 casa 01  
04039-032 – São Paulo – SP

Secretaria (11) 5081-6799  
[rpb@abpbrasil.org.br](mailto:rpb@abpbrasil.org.br)

Editoria Executiva (11) 3088-9198  
Fax: (11) 5579-6210



## Associação Paulista de Medicina

São Paulo, 13 de Outubro de 2004.

Prezados autores: **Neliana Buzi Figlie**, John Dunn, Luis Claudio Santoro Gomes, Janaina Turisco, Roberta Payá, Ronaldo Laranjeira

Ref.: **Trabalho intitulado: Motivation to change drinking behaviour among outpatients with and without gastric disease** (*Motivação para a mudança do comportamento de beber entre pacientes com e sem doença gástrica*) **Protocol: RPM-1133/4 (October 7, 2004)**

Com referência ao trabalho acima mencionado, cumpre-nos informar que o mesmo não se encontra conforme solicitado nas instruções para autores da Revista São Paulo Medical Journal, e algumas anotações foram realizadas no corpo do texto. Assim, antes de iniciarmos o processo de revisão aberta, estamos devolvendo o artigo (arquivo em anexo) para que os autores procedam às correções e o reencaminhem para [revistas@apm.org.br](mailto:revistas@apm.org.br). Por favor utilizem o mesmo arquivo anexado, pois já está no formato adequado para reapresentação à editoria da revista. Revisão aberta significa que pediremos que os revisores assinem seus relatórios. Não significa, entretanto, que os autores possam contactá-lo(a) diretamente; nós vamos continuar a pedir que se dirijam aos revisores através de nós, editores.

Desde já agradecemos a atenção, e esperamos em breve receber novamente o artigo.

Atenciosamente,

Carla Morais - Estagiária  
Publicações Científicas

PS. Segue anexado o arquivo com as instruções para autores da São Paulo medical Journal para acompanhamento.

---

Associação Paulista de Medicina - Publicações Científicas  
São Paulo Medical Journal e Diagnóstico & Tratamento  
Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278 - 7º andar - São Paulo/SP - CEP 01318-901  
(11) **3188-4310/4311** - e-mail: [revistas@apm.org.br](mailto:revistas@apm.org.br) ou [publicacoes@apm.org.br](mailto:publicacoes@apm.org.br)