

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CLÍNICA
MÉDICA
MESTRADO E DOUTORADO

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES DO SEXO
MASCULINO
DEPENDENTES DE ÁLCOOL**

ANA FLÁVIA BARROS DA SILVA LIMA

ORIENTADOR: Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
CO-ORIENTADOR : Prof. Dr. Flávio Pechansky

Dissertação de Mestrado

2002

***“Nós devemos atribuir o mais alto valor
não em viver, mas em viver bem.”***

Sócrates

***Dedico esta tese a minha irmã
Denise Barros da Silva Lima,
pelo exemplo de luta, persistência
e amor a vida em sua breve
mas intensa existência.***

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, orientador desta dissertação, pelo apoio incansável , um exemplo profissional de ética na forma de ensino, que com a sua disponibilidade traduz como deve ocorrer o processo de aprendizado.

Ao Prof. Dr. Flávio Pechansky , co-orientador desta dissertação, pelo estímulo incondicional à pesquisa e pela sua maneira carinhosa e desafiadora de ensino, proporcionando oportunidades de crescimento profissional e pessoal.

A Colega Psiquiatra Paula Sukop e a acadêmica de Medicina Raquel de Boni pela incansável colaboração neste estudo, sem as quais provavelmente não seria possível a sua realização .

A equipe da Unidade de Dependências Químicas do Hospital Parque Belém-CDQUIM coordenada pelo Dr. Hugo Hoerle , pela forma acolhedora e atenciosa pela qual fui recebida.

Aos pacientes do Ambulatório de Álcool e Drogas do Hospital de Clínicas e do Centro de Dependências Químicas do Hospital Parque Belém – CDQUIM pela imprescindível colaboração neste trabalho.

À Srta. Vânia Naomi Hirakata pela assessoria na análise estatística

Aos colegas e amigos Dr. Sérgio Lousada, Dr. Gustavo Shestasky, Dra. Neusa Sicca da Rocha, Dra. Carla Bicca e Dr. Félix Kessler e Dra. Ana Margarete Bassols pelo apoio profissional e pelas sugestões na execução desta dissertação.

Para o meu marido Dr. Marcelo Melzer Teruchkin por todo seu amor e pelo grande apoio na execução deste trabalho .

Aos meus pais Gabriel e Miriam e aos meus irmão Cláudia e Paulo, pelo carinho e auxilio constantes

A Dra. Cláudia Maciel Szobot pela sua amizade, pelo apoio e pelas opiniões que muito me ajudaram na realização deste trabalho.

À CAPES e ao FIPE pelo auxilio financeiro para execução deste trabalho

E a todos que de alguma forma colaboraram na realização desta dissertação

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	07
LISTA DE TABELAS.....	08
INTRODUÇÃO.....	09
REVISÃO DA LITERATURA.....	12
OBJETIVOS.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
VERSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO EM PORTUGUÊS.....	39
VERSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO EM INGLÊS	56
ANEXO 1.....	77
ANEXO 2.....	78
ANEXO 3.....	79
ANEXO 4.....	80
ANEXO 5.....	81
ANEXO 6.....	82
ANEXO 7.....	83
ANEXO 8	84

LISTA DE ABREVIATURAS

SLDS - Satisfaction with Life Domain Scale

QOLI- Lehman Quality of Life Interview

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

SIP - Sickness Impact Profile

NHP -Nottingham Health Profile

MOS SF-36 - Medical Outcomes Study – short form

Q-LES-Q - Quality of Life Enjoyment and satisfaction questionnaire

SBQOL - SmithKline Beechman Quality of life Scale

QLDS - Quality of Life Depression Scale

MINI - Mini International Neuropsychiatric Interview

SADD - Short - Form Alcohol Dependence Data

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características demográficas da amostra	53
Tabela 2. Comparação das Média dos escores de qualidade de Vida para os domínio do WHOQOL, de acordo com a gravidade da dependência.....	54
Tabela 3. Comparação entre os escores para cada domínio do SF 36 de acordo com a gravidade da dependência	54
Tabela 4. Regressão Linear Múltipla para as variáveis gravidade da dependência, idade, nível sócio econômico, e comorbidade psiquiátrica em relação aos domínios e questões gerais de qualidade de vida.....	55

INTRODUÇÃO

O alcoolismo é uma doença altamente prevalente, de alto custo social e que provoca prejuízos em diversas áreas da vida do sujeito. No Brasil, há poucos estudos de prevalência que apontam para índices entre 3%-12%, com pico entre os 30-49 anos, embora sem utilizar critérios uniformes para a realização do diagnóstico. Nos EUA, o estudo Epidemiologic Catchment Area National Study, em 1980, mostrou uma prevalência de dependência ao álcool de 13.7% entre os americanos. Reid e colaboradores, revisando os grandes estudos epidemiológicos da década de 90, encontraram uma prevalência de alcoolismo ao longo da vida que variou entre 3-16%.

Muitos recursos em saúde tem sido direcionados ao tratamento do alcoolismo. Segundo o Ministério da Saúde a estimativa de gastos com tratamentos para uso/abuso de drogas, corresponde a 7,9% do PIB/ano, ou seja cerca de 28 bilhões de dólares (secretária do estado de São Paulo, 1996 – Ministério da saúde). No triênio de 1995-1997, o alcoolismo ocupava o 4º lugar no grupo das doenças que mais incapacitam, considerando a prevalência global. Em relação aos transtornos mentais associados ao uso e abuso de substâncias psicoativas são considerados como a segunda causa de internações psiquiátricas, sendo que estas encontram-se entre as cinco primeiras causas de internação hospitalar no país. Em termos de violência doméstica, o uso de álcool ou drogas por maridos ou filhos é uma das principais causas de dificuldades de relacionamento familiar. Quanto ao consumo de drogas e trânsito, um estudo realizado em 1997 (MELCOP I-

ministério da saúde) revelou que 61% das pessoas envolvidas em acidentes de trânsito, apresentavam alcoolemia positiva. Outro aspecto relevante são os prejuízos que o alcoolismo provoca nas incapacitações profissionais. Em um estudo realizado por WAISMANN, (1995 – ministério da saúde), apontou que 10-15% dos empregados tem problemas de dependência e que este abuso é responsável por 3 vezes mais licenças médicas que outras doenças e que aumenta 5 vezes as chances de acidentes de trabalho. Estes dados nos revelam como o alcoolismo é uma doença perigosa, que pode provocar diversas complicações e que necessita de tratamento precoce.

Visto que o alcoolismo é uma doença que acomete uma considerável parcela da população, com um alto grau de prejuízo, o estudo de medidas para avaliar resultados terapêuticos, merece atenção. Os tratamentos atuais para usuários de substâncias psicoativas, focalizam a forma de consumo, ou seja, frequência, quantidade de uso de uma droga, e redução ou abstinência como importantes meios para avaliar resultados terapêuticos. No entanto, alguns autores têm salientado que estas medidas não são suficientes. METZGER e colaboradores sugerem que os pacientes continuam a experimentar problemas em várias áreas de funcionamento, após a cessação do uso de uma determinada substância.

Dentro deste contexto, o interesse por questões como padrão de vida e qualidade de vida surge pela necessidade da criação de parâmetros que avaliem mais amplamente o “bem-estar” dos pacientes, do que somente aqueles relacionados a questões como o controle de sintomas, frequência e/ou quantidade de uso, mortalidade ou expectativa de vida.

Na literatura médica o conceito de qualidade de vida parece apresentar diversos significados . O funcionamento social, condições de saúde e qualidade de vida muitas vezes são aplicados como sinônimos . Apesar de ainda não existir um consenso em relação à definição, a Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como “ a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações . Este é um conceito multidimensional, envolvendo diferentes domínios (por ex: domínio físico, psicológico, nível de independência, etc) . A avaliação em diferentes domínios permite a verificação das dimensões nas quais os tratamentos serão efetivos podendo direcionar medidas terapêuticas mais adequadas e provavelmente diminuir os custos de saúde .

Em pacientes dependentes de álcool , há poucos estudos na literatura referentes à qualidade de vida e na sua grande maioria utilizam o instrumento SF-36 . Até o presente momento, não há dados de estudos nacionais pesquisando este assunto. Portanto, a relevância deste estudo baseia-se na constatação de que a dependência do álcool é altamente prevalente em nosso meio, provocando importantes prejuízos em diversas áreas da vida do sujeito. A aplicação de instrumentos que avaliem qualidade de vida nestes indivíduos, pode ser de extrema importância, uma vez que poderá analisar a eficácia e ou efetividade de tratamentos e direcionar medidas preventivas e terapêuticas nesta população.

O presente estudo teve como objetivo geral verificar a associação entre gravidade de dependência do álcool e qualidade de vida. O Objetivo

específico foi o de avaliar a validade discriminante do instrumento World Health Organization Quality of Life BREF (WHOQOL-26) para avaliação de qualidade de vida em pacientes dependentes do álcool que procuravam tratamento em dois centros de referência em Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA e Centro de Dependências Químicas do Hospital Parque Belém - CDQUIM. As hipóteses do estudo foram : 1) O grau de dependência do álcool está associado com piora na qualidade de vida desta população; 2) Pacientes com comorbidade psiquiátrica apresentam piores escores de qualidade de vida.

REVISÃO DA LITERATURA

PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Para a estruturação do marco referencial esta revisão bibliográfica foi realizada através do sistema MEDLINE entre os anos de 1990-2001, utilizando-se as palavras chaves quality of life – qualidade de vida, alcohol dependence – dependência de álcool, alcohol abusive - abuso de álcool, well being – bem-estar e alcohol problems - problemas com álcool. Todos os artigos encontrados foram revisados. As informações referentes a dados nacionais foram pesquisadas através do sistema Lylacs também no mesmo período de 1990-2001.

Conceito de qualidade de vida:

Os avanços ocorridos na Medicina nas últimas décadas determinaram a necessidade de criar parâmetros para avaliação dos

pacientes, que não fossem somente relacionados ao controle de sintomas ou à morbi-mortalidade de uma determinada doença. Nas últimas décadas do século 20 houve um crescente interesse no construto “Qualidade de vida”, que passou a ser estudado em diversas áreas do conhecimento humano¹. Definição, metodologia de pesquisa e motivos para se medir Qualidade de vida passaram a ser um tema de interesse, por exemplo, de médicos, psicólogos, cientistas sociais e filósofos¹. No contexto médico, este conceito surgiu como uma tentativa de valorizar as percepções do paciente a respeito de vários aspectos de sua vida e não meramente uma avaliação de seu estado de saúde.

Häyry salienta que os cientistas sociais e psicólogos desenvolveram principalmente definições e métodos de estudo de qualidade de vida, enquanto que os filósofos concentraram as suas pesquisas nos motivos para definir e medir qualidade de vida, e nas questões éticas envolvidas nesta medida².

Dentro desta nova concepção, é necessário o entendimento de alguns aspectos que são fundamentais para definição de qualidade de vida. Trata-se de uma abordagem centrada na percepção pelo paciente do seu funcionamento em diferentes áreas da vida, como por exemplo, física, ocupacional, psicológica, interação social e sensações somáticas³. A qualidade de vida pode flutuar ao longo do tempo de forma global ou em algumas áreas da vida do sujeito. Neste caso, o paciente serve como seu próprio controle³.

Para criação de um instrumento de medida é necessário que exista um conceito claro do que está sendo medido e modelos teóricos que embasem este conceito. Em relação à Qualidade de Vida, infelizmente seu conceito, é ainda impreciso e não consensual, envolvendo diferentes modelos teóricos para o seu entendimento¹.

1. Modelos teóricos do conceito de qualidade de vida.

Há vários modelos subjacentes ao conceito de qualidade de vida.

O modelo psicológico baseia-se na idéia de que ter uma doença é diferente de sentir-se doente³. Por exemplo, um paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica, possui uma doença que, na maioria das vezes, é assintomática; no entanto, a experiência de possuir uma doença pode influenciar o seu bem-estar. O paciente pode sentir-se assustado, apresentar dificuldades para dar continuidade ao seu tratamento, por achar que não é mais uma pessoa com uma saúde normal³.

Segundo este modelo, o estado psicológico e físico não são independentes: um influencia diretamente o outro. Portanto, a percepção pelo paciente de como as incapacidades provocadas pela doença influenciam a sua qualidade de vida, é uma tentativa de traduzir o seu estado psicológico³.

O modelo teórico de Bech também valoriza o estado psicológico, sugerindo que qualidade de vida poderia ser entendida como uma transição do modelo médico para o psicométrico⁴. Neste modelo são enfatizados o

estado psíquico, o caráter subjetivo e a intenção de tratar, ao invés de meramente levantar dados como ocorrem nos ensaios clínicos randomizados utilizados no modelo médico. A medida de qualidade de vida está diretamente relacionada com o grau de desconforto psicológico provocado por sintomas somáticos e por estressores ⁴ . .

No modelo de utilidade (“utility”) o paciente faz uma escolha entre a qualidade ou a quantidade de vida. Dois “exercícios” teóricos tem sido os mais usados: **“trade-off” (troca)** e **“standard gamble” (aposta)**. Este modelo explora o fato de que muitos pacientes gostariam hipoteticamente de “trocar” a longevidade por uma qualidade de vida melhor, ou ainda arriscar-se diante de um procedimento pela perspectiva de poder viver melhor, sentindo-se ainda úteis ³.

Um dos modelos mais utilizados é o baseado ***nas necessidades do sujeito*** . Este modelo foi implementado por Hunt e McKenna para avaliação de qualidade de vida em pacientes com depressão. Ele postula que a vida ganha em qualidade de acordo com a habilidade e capacidade do sujeito em satisfazer as suas necessidades. A qualidade de vida é alta quando a maioria das necessidades dos seres humanos são realizadas e baixa quando poucas necessidades são satisfeitas ⁵.

O modelo de qualidade de vida relacionada à saúde foi desenvolvido por Parsons que o definiu como “um estado de capacidade absoluta para a realização de tarefas”. Neste sistema, a doença só se torna um problema quando ela afeta a capacidade de desempenho e a saúde é considerada como o mais valioso estado de existência ⁶. Este modelo é

baseado na capacidade funcional do sujeito, fornecendo informações sobre o nível de prejuízos ou incapacitações experienciadas pelo paciente. Patrick define qualidade de vida relacionada á saúde como a capacidade pessoal de desempenho para atividades diárias de acordo com a idade e com os principais papéis sociais, dentro do contexto do sujeito ⁷. Kaplan enfatiza que o foco da qualidade de vida relacionada á saúde é uma dimensão qualitativa de funcionamento e pode ser definida como o impacto de um tratamento ou doença no funcionamento e prejuízos diários ⁸. Este modelo assume que a saúde é a variável que mais influencia a qualidade de vida e que não há inter-relações significativas entre saúde e outros determinantes de qualidade de vida. A crítica a este modelo é que ele não reconhece a influência de outros aspectos como mudanças no rendimento, trabalho, relações pessoais, etc, na qualidade de vida ⁹.

Outro aspecto relevante é que este modelo assume que há um nível ótimo de funcionamento humano, a qual todos deveriam aspirar. Isto cria um problema sugerindo que há níveis melhores ou piores de qualidade de vida, entre as culturas e grupos (por ex: idosos com uma qualidade de vida pior que os jovens), reforçando estereótipos e práticas discriminatórias ⁹.

Para Calman (1984), que estuda qualidade de vida em pacientes com câncer, entende que qualidade de vida só pode ser descrita e medida em **termos individuais**. Ele sugere que qualidade de vida é o produto da interação entre as expectativas e realizações de um indivíduo ¹⁰. Assim, quanto menor for a capacidade de um indivíduo para realizar suas

expectativas, mais pobre será a sua qualidade de vida. Ainda salienta que a ligação entre as expectativas e as realizações pode mudar ao longo do tempo, de acordo com a melhora ou a progressão da doença no indivíduo¹⁰. Calman (1984) enfatiza que os objetivos propostos pelo paciente devem ser realísticos para evitar frustrações, e que o profissional de saúde deve saber trabalhar com as expectativas do paciente e prepará-lo para as mudanças e as limitações que podem advir da progressão da doença¹⁰. O impacto da comunicação de um diagnóstico a um paciente pode variar de acordo com a percepção da sua qualidade de vida, quando é dado o diagnóstico. Por exemplo, uma pessoa que vem perdendo peso e se tornando cansada alguns meses antes do diagnóstico, pode estar preparando-se psicologicamente para recebê-lo e já estar reduzindo as suas expectativas³.

Como descrito anteriormente, a definição de qualidade de vida deve ser fundamentada em algum modelo teórico. Frente aos inúmeros modelos propostos, também não há um consenso na literatura sobre a definição de qualidade de vida. “Condição” ou “Estado de saúde”, “Bem-estar” e “Qualidade de vida”, são termos utilizados como sinônimos, mas que apresentam significados diferentes. “Estado da saúde” relaciona-se com prejuízos e incapacitações, direcionando-se a uma perspectiva funcional de saúde¹¹. Por outro lado, “Bem-estar” é entendido a partir do estado psicológico ou emocional, e não leva em conta nem a dimensão cognitiva, nem a satisfação ou as condições objetivas de vida¹¹.

Segundo Ware no conceito de qualidade de vida as variáveis podem ser agrupadas em domínios, começando pelos parâmetros fisiológicos de uma doença e se difundindo para o funcionamento pessoal, o Bem-estar ou sofrimento psicológico, percepção geral de saúde e funcionamento social¹².

O conceito de Ware enfatiza uma hierarquia, onde o domínio físico possui o papel central, mas cada domínio deve apresentar diferentes pesos na avaliação global de qualidade de vida ¹².

O conceito de “Reintegração a uma vida normal” tem sido proposto como um substituto para o conceito de qualidade de vida ³. É definido como a reorganização das características físicas, psicológicas e sociais do indivíduo após um trauma ou uma doença incapacitante com a finalidade do restabelecimento do Bem-estar ³. A reintegração mede a habilidade que a pessoa possui para fazer o que deseja, mas não significa que a pessoa esteja livre de uma doença ou de sintomas ³.

Apesar da diversidade de modelos conceituais para qualidade de vida; há poucos dados empíricos que testaram a adequação destes modelos. No entanto, alguns aspectos são consenso na literatura:

1. É uma medida que varia ao longo do tempo ³
2. É uma medida subjetiva, que parte da percepção do paciente ³
3. O paciente serve como seu próprio controle, ou seja, são detectadas as mudanças que ocorrem na sua qualidade de vida de acordo com a sua trajetória de doença, ao invés de uma avaliação de ausência ou de presença de sintomas ³.
4. A qualidade de vida deve ser avaliada em vários níveis: desde questões para avaliação do bem-estar global do paciente até questões referentes a domínios específicos ^{13,14}.

2. Instrumentos para avaliação de Qualidade de vida :

Existem diversos instrumentos publicados na literatura para avaliação de qualidade de vida. Podem ser classificados em três categorias, de acordo com o tipo de desfecho que pretendem aferir ¹⁵.

1. **Qualidade de vida geral:** É uma forma de avaliar Qualidade de vida de maneira global, utilizando os vários domínios de forma igualitária. Baseia-se, em geral num referencial social. Esta concepção fornece elementos para compreender as motivações, os desejos, as oportunidades e os recursos disponíveis para satisfação e bem-estar de um indivíduo, em relação às suas realizações nos diferentes domínios da sua vida ¹⁵. Existem vários instrumentos nesta categoria, como “Satisfaction with Life Domain Scale” (SLDS) (BAKER e INTAGLIATA,1982), Lehman Quality of Life Interview (QOLI) (Lehman e cols, 1982), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) (WHOQOL group, 1991), entre outros ¹⁵.
2. **Qualidade de vida ligada á saúde:** Segundo Guyat e colaboradores, estado de saúde, estado funcional e qualidade de vida são três conceitos usados como sinônimos, para se referir ao domínio de saúde ¹⁴. Qualidade de vida relacionada à saúde é aferida pelo impacto de uma doença na vida do sujeito. Neste modelo há uma valorização dos aspectos relacionados ao processo das limitações funcionais provocadas pela doença e resposta a tratamentos, em detrimento de aspectos sociais ou ambientais ^{14,15}. Entre os instrumentos para avaliação destes aspectos encontram-se o “Sickness Impact Profile (SIP)” (Bergner e cols, 1981), “Nottingham Health Profile (NHP)” (HUNT e cols, 1986), “Medical Outcomes Study

– short form” (MOS SF–36), (Ware e Sherbourne, 1992), “Quality of Well-Being” (Kaplan e cols, 1976) ¹⁵.

3. **Qualidade de vida ligada a uma doença específica:** Refere-se à avaliação de aspectos relacionados à qualidade de vida, específicos a uma determinada doença ¹⁵. Há vários instrumentos, de acordo com a patologia em questão. Na área da psiquiatria, por exemplo, existem instrumentos para avaliação de Qualidade de vida em pacientes com depressão, como o Quality of Life Enjoyment and satisfaction questionnaire (Q-LES-Q) (Endicott e cols, 1993), SmithKline Beechman Quality of life Scale (SBQOL) (Stoker e cols, 1992) e Quality of Life Depression Scale (QLDS) (Hunt e McKenna, 1992) ¹⁵.

3. World Health Organization Quality of Life - WHOQOL

Os instrumentos de avaliação em qualidade de vida em geral são desenvolvidos em um único país (Estados Unidos ou Inglaterra na sua grande maioria) e então traduzidos para diferentes línguas. Esta metodologia não leva em consideração peculiaridades do país no qual o instrumento traduzido vai ser aplicado. Numa tentativa de criar um instrumento para avaliação de qualidade de vida que levasse em consideração as peculiaridades de diferentes países em diferentes culturas, a Organização Mundial da Saúde resolveu, em 1991, desenvolver o WHOQOL - “World Health Organization Quality of Life Instrument”. Este questionário foi desenvolvido a partir de 15 centros, envolvendo 45000 participantes, durante 4 anos. Para isso foram

selecionados centros com diferentes níveis de industrialização, assim como de recursos de saúde disponíveis e outros marcadores relevantes para medida de qualidade de vida, como papel da família, percepção de tempo, percepção do “self”, domínio religioso, entre outros¹⁶. Este estudo teve como ponto de partida a criação de um conceito universal para qualidade de vida, ou seja, comum a todas as culturas¹⁷. Os autores do instrumento postulam alguns critérios para definição de qualidade de vida¹⁶:

1. O conceito de qualidade de vida é subjetivo, ou seja, parte da percepção do paciente.

2. É multidimensional, ou seja, avalia diversas áreas da vida do sujeito. São considerados como domínios universais para qualidade de vida, o domínio físico, psicológico, social, e espiritual .

3. O conceito de qualidade de vida deve incluir as percepções individuais para dimensões positivas (por exemplo, grau de contentamento, capacidade de mobilidade) e negativas (por exemplo, dependência a medicações, dor, fadiga).

Assim, a Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹⁶.

Após a definição do conceito de qualidade de vida, foi criado um instrumento com 6 domínios, subdivididos em 24 facetas (subdomínios) sendo composto por 100 questões. Os domínios incluídos são o físico, psicológico, nível de independência, relações

sociais, meio-ambiente e espiritualidade. Os domínios e as facetas do WHOQOL estão descritas na tabela 1. O instrumento apresentou propriedades psicométricas satisfatórias quanto à validade de construto, confiabilidade e validade discriminante ¹⁸ .

Após o desenvolvimento do WHOQOL-100, foi desenvolvido uma versão abreviada do questionário, O WHOQOL- BREF que foi aplicado nos 15 centros originais e em 5 novos locais. Foi escolhida a questão mais representativa para cada faceta, ou seja, a que melhor discriminava cada subdomínio . Este instrumento foi então, composto por 24 questões referentes a cada faceta, mais 2 questões de avaliação global de qualidade de vida. A versão abreviada demonstrou características satisfatórias quanto à confiabilidade teste-reteste e à validade discriminante, apresentando como principal vantagem o rápido preenchimento¹⁹ O questionário WHOQOL já foi traduzido para mais de 20 idiomas ⁷. No Brasil, já foi validado quanto à consistência interna, validade discriminante, validade concorrente e validade de conteúdo. ^{20,21} .

Tabela 1. Domínios e facetas do WHOQOL

Domínio I - Domínio físico

1. Dor e Desconforto
2. Energia e fadiga

3. Sono e repouso

Domínio II - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos

5. Pensar, aprender, memória e concentração

6. Auto-estima

7. Imagem corporal e aparência

8. Sentimentos negativos

Domínio III - Nível de Independência

9. Mobilidade

10. Atividades da vida cotidiana

11. Dependência de medicação ou de tratamentos

12. Capacidade de trabalho

Domínio IV - Relações sociais

13. Relações pessoais

14. Suporte (Apoio) social

15. Atividade sexual

Domínio V- Ambiente

16. Segurança física e proteção

17. Ambiente no lar

18. Recursos financeiros

19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer

22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)

23. Transporte

Domínio VI- Aspectos espirituais/Religião/Crenças

pessoais

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Tabela reproduzida de Fleck et al, 1999²⁰

Aplicabilidade do Conceito De Qualidade de Vida

O conceito de Qualidade de vida possui uma aplicabilidade extensa, tanto em nível de pesquisa, como na clínica. O profissional de saúde ao avaliar de forma mais ampla a vida do paciente é capaz de escolher tratamentos mais efetivos, do que se levar em consideração apenas ausência ou presença de sintomas ²². Também pode ser útil como um parâmetro de comparação, quando dois tratamentos são muito semelhantes, quanto à mortalidade e à morbidade, escolhendo o que influencia positivamente a qualidade de vida ¹⁴.

A avaliação de qualidade de Vida pode melhorar a relação médico-paciente, uma vez que ambos conseguem perceber o processo de doença de uma forma mais ampla, localizando as prioridades, melhorando a compreensão por parte do médico e a confiança por parte do paciente ²². Na área de pesquisa os instrumentos de qualidade de vida fornecem informações como o processo de doença impede o bem-estar do paciente, em várias áreas de sua vida e também podem direcionar para políticas de saúde que visem à melhoria da qualidade de vida da população²².

No campo econômico, a avaliação de qualidade de vida auxilia na definição da relação custo/ benefício, no impacto que uma doença pode determinar na capacidade produtiva de um sujeito, além de avaliar a qualidade dos recursos de saúde disponíveis ²².

Limitações do conceito de qualidade de vida

Não existe um conceito único, claro e universal para qualidade de vida

¹⁴. Gill e Feinstein, em 1994, realizaram um estudo para avaliar a qualidade dos artigos relacionados ao tema ²³. Selecionaram através de revisão do “Spilker quality of life bibliography” e “medline”, 75 artigos no período de 1987-1991 que continham a palavra-chave qualidade de vida e que utilizavam algum instrumento para avaliação de QV. O estudo encontrou somente 15% dos artigos com uma definição do conceito de qualidade de vida e nenhum distinguiu os aspectos médicos dos não médicos. Havia 159 instrumentos diferentes, sendo que 136 só haviam sido utilizados uma única vez. Portanto, o estudo concluiu que é necessário que a definição de qualidade de vida seja mais difundida no meio médico, em busca da utilização de medidas mais uniformes para avaliar este tema e que sejam centradas na percepção do paciente em relação ao seu bem-estar físico, emocional, como em relação a outras áreas de sua vida ²³.

Outra questão central é sobre a possibilidade de se criar um conceito e operacionalizá-lo dentro de uma perspectiva de fato universal, transcultural. Por maiores cuidados que se tenha na construção dos instrumentos, com preocupações quanto à validade, à confiabilidade e à responsividade, existe influência de quem os construiu ²⁴. Segundo Rushby e colaboradores, a construção da maior parte dos instrumentos de qualidade de vida, é realizada com influências culturais pelos pesquisadores que os criaram ²⁴. Em Instrumentos como o EuroQol e SF-36 foram os pesquisadores que definiram as dimensões de qualidade de Vida e após apenas testaram o instrumento da população. No WHOQOL, SIP, NPH grupos focais foram realizados com a população para determinação das variáveis que avaliariam qualidade de vida. Mesmo assim, os conceitos de saúde, doença ou

qualidade de vida boa ou ruim eram determinados pelos pesquisadores. Outro aspecto a considerar é a de que a maior parte dos pesquisadores é composta por médicos , raramente sendo incluídos, por exemplo, antropólogos. Conseqüentemente, as percepções biomédicas de saúde, de bem estar e de qualidade de vida têm uma grande influência na construção destes instrumentos ²⁴. Além disso, a maior parte destes instrumentos não possui uma base teórica , lista áreas ou componentes que são considerados importantes de acordo com os autores e não leva em conta as percepções dos pacientes. ²⁵.

Outra limitação é a capacidade de generalização dos resultados das medidas de qualidade de vida. Para avaliação de qualidade de vida, não é suficiente que um instrumento seja traduzido para outro idioma. É necessário, também, avaliar se aquelas medidas são aplicáveis e relevantes para aquela realidade.. Deve-se avaliar se os instrumentos aplicados em outros países podem ser comparados com as características demográficas, as doenças presentes e os tipos de serviços de saúde dos locais de origem dos instrumentos ²⁵. Portanto, os instrumentos de qualidade de vida estão muito sujeitos a terem influências culturais no seu desenvolvimento ²⁵.

Há que se considerar também a dificuldade de se estabelecer um ponto de corte que distinga Qualidade de vida “boa” de “ruim”,. Como é um conceito que implica em subjetividade é difícil expressar em termos de quantidade ⁹. Assim, a maioria dos estudos com instrumentos de avaliação de qualidade de Vida utilizam delineamentos tipo coorte , ensaios clínicos randomizados ou transversal . Desta forma, o grupo controle é interno ao

estudo, evitando a utilização de pontos de corte dos escore de base populacional.³

Qualidade de vida em psiquiatria

Embora a avaliação de qualidade de vida seja influenciada pelos acontecimentos externos, ela é uma experiência fundamentalmente subjetiva, influenciada pelo estado mental, pela personalidade e pelas expectativas de cada um. Uma questão central é se os pacientes “psiquiátricos”, na medida que suas funções mentais estão “doentes”, estariam em condições para avaliar sua qualidade de vida. Por exemplo, um paciente com humor depressivo pode ter o pensamento afetado pelo negativismo, com uma tendência a se sentir insatisfeito com a maior parte dos aspectos de sua vida. No entanto, se considerarmos o conceito de qualidade de vida como algo subjetivo, o ponto de vista do paciente deve ser válido. Assim, a avaliação de qualidade de vida pode ser útil para avaliar a resposta a um tratamento. Cabe salientar que naquelas doenças mentais onde a capacidade de julgamento está prejudicada, como nos quadros demenciais a percepção de qualidade de vida, provavelmente tem pouca validade²⁶.

Há alguns estudos pesquisando qualidade de vida em psiquiatria. Spitzer e colaboradores, compararam a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com transtornos psiquiátricos e pacientes com outras condições médicas que procuravam serviços de saúde primários²⁷. As doenças mentais, particularmente a depressão, contribuíram para maiores prejuízos na qualidade de vida do que outras condições médicas, em todos

domínios do SF-20 (versão abreviada do SF-36) ²⁷. Os transtornos mentais também parecem provocar mais prejuízos em tarefas diárias do que doenças cardíacas, artrite, hipertensão e diabetes. Quanto a padrões distintos de prejuízos na qualidade de vida, os transtornos somatoformes estão mais associados a prejuízos no funcionamento de papéis, dor corporal e percepção geral de saúde, os transtornos alimentares estão mais associados a prejuízos no funcionamento social e na dor, e a depressão afeta globalmente os domínios. Pacientes que apresentam problemas com álcool não apresentaram alguma associação significativa com os domínios ²⁸. Os autores atribuem-no à ausência de distinção entre abusadores ou dependentes de álcool, ou a pacientes muito negadores de seus problemas. Outro aspecto relevante encontrado por este estudo foi que os pacientes que apresentavam comorbidade psiquiátrica, ou seja, dois ou mais transtornos, apresentavam piores escores de qualidade de vida ²⁷.

Qualidade de vida e alcoolismo

A instalação de dependência para uma substância psicoativa, geralmente ocorre de uma forma progressiva. À medida que o indivíduo vai envolvendo-se com o uso da droga, paralelamente ocorrem mudanças de comportamento em várias áreas da sua vida. O uso ou a procura pela droga começa a desempenhar um papel central, e outras áreas como relações sociais, familiares, emprego e saúde vão apresentando prejuízos. Os modelos de tratamento atuais freqüentemente valorizam o padrão de consumo da droga, em detrimento das variáveis supra citadas, considerando-o como principal meio para avaliar resultados terapêuticos.

Este modelo pressupõe que os problemas encontrados em indivíduos dependentes de uma substância são somente relacionados a esta e portanto devem resolver à medida que o uso diminui.

Metzer e colaboradores sugerem que os pacientes continuam a experimentar problemas em várias áreas de funcionamento, após a cessação do uso de uma determinada substância²⁸. Longabaugh e colaboradores salientam a dificuldade em se estabelecer a relação entre causas e conseqüências em relação ao consumo do álcool e efeitos em áreas profissionais, sociais, saúde física emocional e familiar²⁹. Por exemplo, o uso de álcool pode melhorar a habilidade social em certas situações, assim como pode ser mais intenso após uma crise conjugal. Portanto, a relação entre estas variáveis é bastante complexa e não evolui de uma forma linear. Os autores salientam que as medidas disponíveis de consumo de álcool não são suficientes para detecção de mudanças mais amplas que podem estar associadas com resposta ao tratamento para abuso ou dependência de álcool, como readaptação profissional, melhora nas relações familiares, etc. É necessário avaliar as dimensões de funcionamento e de qualidade de vida para um melhor entendimento dos efeitos de um tratamento²⁹. Poderíamos tentar criar um modelo de avaliação para qualidade de vida em pacientes usuários de álcool, em que alguns aspectos seriam relevantes :

1. O estado clínico relacionado ao uso de uma substância, incluindo a freqüência, a quantidade e o tipo.²⁹

2. Problemas específicos relacionados à substância, ou seja, os efeitos negativos do álcool que podem ser atribuídos ao consumo, dentro do ponto de vista do paciente ²⁹.
3. Medidas genéricas de saúde focalizadas no funcionamento geral e nas percepções de saúde usualmente valorizadas ²⁹

No entanto, segundo Longabaugh e colaboradores, é complexo escolher qual a maneira mais adequada para se avaliar qualidade de vida nestes pacientes ²⁹ Alguns autores concluem acerca da qualidade de vida em dependentes de álcool baseado mais em hipóteses do que em dados empíricos. Longabaugh e colaboradores (1994) por exemplo; consideram que muitas vezes os usuários de álcool sentem-se satisfeitos com a qualidade de suas vidas, apesar de estarem apresentando um funcionamento pobre, dentro da percepção dos outros. Neste contexto, é mais válida a percepção do paciente ou de seus familiares e amigos? Outra maneira de se avaliar qualidade de vida é através da diminuição no desempenho de papéis sociais que podem resultar em prejuízos nas relações sociais ²⁹.

Qualidade de vida também pode ser avaliada através da capacidade que o sujeito possui para manter auto-cuidados sem a ajuda da sociedade e da sua capacidade produtiva, dentro de uma expectativa social. A limitação deste modelo é que o sujeito pode não ocupar um papel social antes do tratamento. Portanto é importante avaliar o papel social antes do tratamento, verificar se havia prejuízos prévios e avaliar as mudanças com a intervenção

Patience e colaboradores encontraram uma associação entre problemas relacionados ao uso de álcool e qualidade de vida e custos com o tratamento, mas não com o padrão de consumo ³⁰.

Volk e colaboradores também sugerem que qualidade de vida varia em relação à presença da dependência de álcool, ao invés do abuso ou do padrão de consumo. Salientam a importância de se detectar comorbidade psiquiátrica, uma vez que pacientes com sintomas psiquiátricos apresentam medidas piores de qualidade de vida em relação ao funcionamento mental, do que os que não apresentam tais sintomas ³¹.

Em um artigo de revisão Foster e colaboradores (1999), enfatizam a pequena quantidade de trabalhos publicados nessa área quando comparada com outras ³². Numa revisão realizada no Medline, no período de 1982-1997, há somente 35 artigos com as palavras-chave qualidade de vida e alcoolistas, sendo que os autores excluíram 11 trabalhos por não serem referentes ao tema estudado ³². Entre o período de 1998 e 2001, foram encontrados no mesmo sistema de busca bibliográfica um total de 5 artigos abordando este tema.

Estes trabalhos têm gerado algumas hipóteses que merecem estudos mais detalhados. Foster e colaboradores (2000) avaliaram o impacto do gênero na qualidade de vida em pacientes dependentes de álcool, concluindo que não houve diferenças significativas entre os sexos. No entanto, alertam que esta diferença pode não ter sido encontrada não porque ela não exista, mas porque o construto de qualidade de vida utilizado até o momento possa não ser válido para detectar esta diferença ³³.

Outro aspecto demonstrado por estes autores em um estudo sobre remissão e recaída em pacientes dependentes de álcool, é que a medida de qualidade de vida está mais correlacionada com predição de remissão do que de recaída³⁴.

Em relação aos instrumentos utilizados nesta área, até o presente momento, o SF-36 tem sido o questionário de avaliação de qualidade de vida mais utilizado em dependentes de álcool. Volk e colaboradores encontraram que pacientes com dependência de álcool apresentam piores escores em todas as dimensões aferidas pelo SF-36 quanto à qualidade de vida, se comparados com pacientes com abuso ou sem uso de álcool. Este autor salienta que a qualidade de vida relaciona-se mais com a forma de uso (dependência, abuso), do que com o padrão de consumo³¹. Daeppen e colaboradores também encontraram resultados semelhantes. Pacientes dependentes de álcool apresentaram piores escores em todas as dimensões do SF-36, quando comparados com não dependentes e os que apresentavam comorbidade com sintomas depressivos, apresentavam piores escores na qualidade de vida³⁵. No entanto, Romeis e colaboradores sugerem que outras variáveis associadas ao alcoolismo, contribuem mais para a qualidade de vida, do que o alcoolismo em si. Entre elas destaca-se a comorbidade física ou psiquiátrica, dependência de drogas (inclusive nicotina), renda, estado civil e gravidade do alcoolismo. O alcoolismo estaria associado somente à percepção geral de saúde e à dimensão de dor corporal³⁶. Foster e colaboradores (1999), em um estudo de revisão, atentam para a necessidade de mais estudos longitudinais para avaliar esta questão, uma vez que os resultados na literatura são escassos e controversos. Parece que

o padrão de consumo tem um impacto diferente ao longo dos grupos de pacientes³².

Cister e colaboradores (1999), desenvolveram uma medida composta para avaliar resultados para o tratamento do alcoolismo. Eles criaram 4 categorias, de acordo com o consumo de álcool e as conseqüências negativas relacionadas ao álcool. Os sujeitos foram divididos em 4 grupos – abstinentes, bebedores moderados sem problemas, bebedor pesado ou bebedor moderado com problemas e bebedores pesados com problemas. Estes foram acompanhados por um período de 15 meses com visitas a cada 3 meses. O objetivo do estudo foi descrever e verificar se esta medida composta (consumo, conseqüências do uso e medidas biológicas) eram correlacionadas com medidas de desfecho não relacionadas ao álcool, tais como disfunção psiquiátrica, funcionamento psicossocial e qualidade de vida. Os sujeitos abstinentes ou bebedores moderados sem problemas foram considerados com um provável bom prognóstico e as outras categorias, com mau prognóstico. Apesar de esta medida composta ter sido moderadamente correlacionada com as variáveis não específicas ao uso de álcool, como depressão, funcionamento social, nível educacional, sintomas psiquiátricos e qualidade de vida, elas ampliaram o entendimento do tratamento do alcoolismo para além do consumo do álcool³⁷.

No estudo realizado por Russo e colaboradores para validação do questionário de Qualidade de vida de Lehman, em pacientes psiquiátricos internados, observou-se que os pacientes com uso concomitante de substâncias psicoativas apresentavam piores escores sugerindo que o uso de

substâncias pode ser um importante contribuinte na determinação da qualidade de vida ³⁸.

Assim, entende-se que a eliminação e/ou diminuição no uso de uma substância psicoativa é um importante objetivo dentro de um tratamento. No entanto, outras variáveis como gravidade da dependência, presença de sintomas psiquiátricos, situação social, familiar, física e psicológica também devem ser avaliados. Neste sentido, a medida de qualidade de vida pode ser um instrumento importante para mensuração de resultados terapêuticos, assim como para enfatizar áreas que necessitem desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes e/ou complementares.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Verificar a associação entre gravidade de dependência do álcool e qualidade de vida.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Avaliar a validade discriminante do instrumento World Health Organization Quality of Life BREF (WHOQOL-26) para avaliação de qualidade de vida em pacientes dependentes do álcool do sexo masculino que procuravam tratamento em dois centros de referência em Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA e Centro de Dependências Químicas do Hospital Parque Belém - CDQUIM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Doward LC, McKenna SP. Evolution of quality of life assessment. In: Rajagopalan R, Sheretz EF, Anderson RT editors. Care Management of Skin Diseases: Life quality and Economic Impact. 1º ed. New York: Marcel Dekker;1997 .p. 9-33.
2. Häyry M.Measuring. The Qol: Why,How and What? Theoretical Medicine 1991;12:97-116.
3. Schipper H, Clinch J, Olweny CLM. Quality of Life Studies : Definitions and Conceptual Issues In: Spilker B. editor. Quality of life and Pharmaeconomics in clinical Trials. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 11-23.
4. Bech P. Quality of Life in Psychomatic Research. A psychometric Model. Psychopatology 1987; 20: 169-79.
5. Hunt SM, McKenna SP. The QLDS: A scale for the measurment of quality of life in depression. Health policy 1992; 22: 307-19.
6. Parsons T. Definition of Health and illness in the light of Americam Values and social structure. In Gartly JE, editors. Patients, Physicians and Illness: A sourcebook in behavioural science and health. 1nd ed.New York: Free Press; 1958.p.165-87.
7. Patrick DL, Bush JW, Chen MM. Methods for Measuring levels of Well-being for a health status index. Health Services Research 1973; 8: 228-45.
8. Kaplan RM, Anderson JP, Wu AW, Matthews WC, Kozin F, Oreistein D. The Quality of Well-being Scale.Applications in AIDS, cystic fibrosis and arthritis. Medical Care 1989;27:27-43.

9. Leplége A, Hunt S. The Problem of Quality of Life in Medicine. JAMA 1997; 278: 47-50.
10. Calman KC. Quality of Life in Cancer Patients. J Med Ethics 1984; 10: 124-27.
11. Copini RZ. Tradução, adaptação e confiabilidade de um Instrumento de avaliação de Qualidade de Vida para pacientes psiquiátricos graves: Lancashire Quality of Life Profile – versão Brasileira [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 2001.
12. Ware JE . Conceptualizing Disease Impact and Treatment outcomes. Cancer 1984; 53: 2316 –23.
13. B Spilker. Quality of Life Studies : Definitions and Conceptual Issues In: Spilker B. editor. Quality of life and Pharmaeconomics in clinical Trials. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 1-10.
14. Guyatt G, Feeny D, Patrick L . Measuring Health related Quality of Life. Annals of Internal Medicine 1993; 118: 622-629.
15. Fleck M. Avaliação de Qualidade de vida. In: Fráguas MJ, Figueiró JAB. Depressão em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas. 1nd ed.São Paulo:Atheneu Editora; 2001 .p. 33-44.
16. THE WHOQOL GROUP. The Development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY E KUYEN W Editors. Quality of life assessment International Perspectives. Proceedings of The Joint-Meeting Organized by The World Health Organization and the Foundation IPSEN; 1993 July; Paris:1993. p. 41-57.
17. Power M, Bullinger M, Harper A . The World Health Organization WHOQOL- 100. Test of the Universality of Quality og Life in 15

- Different Cultural Groups Worldwide. *Health Psychology* 1999; 18(5): 495-505.
18. THE WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Soc.Sci.Med* 1998; 46 suppl .12: 1569-1585.
 19. THE WHOQOL GROUP , Development of the World Health Organization WHOQOL – BREF Quality Of Life Assessment . *Psychological Medicine* 1998; 28: 551-558.
 20. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL 100). *Rev.Saúde Pública* 1999; 33 Suppl 2:198-05.
 21. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL 100). *Rev. Saúde Pública* 1999; 33 suppl 2: 198-205.
 22. THE WHOQOL GROUP, The World Health Organization Quality Of Life Instruments (The WHOQOL –100 and The WHOQOL – BREF) .World Health Organization;1997.
 23. Gill T, Feinstein A. A Critical Appraisal of the Quality of Quality -of-Life Measurements. *JAMA* 1994; 272 suppl.8 : 619-26.
 24. Rushby JF, Parker M. Culture and the Measurement of Health-related Quality of Life. *Revue Européenne de psychologie Appliquée* 1995; 45 suppl.4: 257-63.
 25. Whaley D ,McKenna SP. Measuring Quality of Life in Patients with Depression or Anxiety. *PharmacoEconomics* 1995;8 Suppl 4:305-15.

26. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of Life and mental illness – Reflections from the perspective of the WHOQOL. *Br J Psychiatry* 1998 ;172:291-3.
27. Spitzer RI, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JBW, deGruy FV, et al . Health Related Quality of Life in Primary Care Patients with Mental Disorders. *JAMA* 1995; 274 Suppl 19: 1511-17.
28. Metzger DS, Davis RF, O'Brien C. Substance Abuse Disorder In: B. Spilker, editor. *Quality of life and Pharmacoeconomics in clinical Trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 831-37.
29. Longabaugh R, Mattson ME, Connors GJ. Quality of Life as an Outcome Variable in Alcoholism Treatment Research. *J Stud Alcohol* 1994; 12: 119-29.
30. Patience D, Bucxton M, Shick J, Howlett H, McKenna M, Ritson B. The SECCAT Survey: II The Alcohol Related Problems Questionnaire as a Proxy for Resource Costs and Quality of Life in Alcoholism Treatment. *Alcohol and Alcoholism* 1997;32 Suppl 1: 79-84.
31. Volk RJ, Cantor SB, Steinbauer JR. Alcohol Use Disorders, Consumption Patterns And Health-Related Quality Of Life Of Primary Care Patients. *Alcohol Clin Exp Res* 1997;21 suppl 5: 889-905.
32. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ. Quality of Life in alcohol –dependent subjects- a review. *Quality of life Research* 1999; 8: 255-61.
33. Foster JH, Peters TJ, Marshall EJ. Quality of life measures and outcome in alcohol – dependent men and women. *Alcohol* 2000; 22: 45-52.
34. Foster JH, Peters TJ, Marshall EJ. Application of a Quality of Life Measure , the Life Situation Survey(LSS), to Alcohol-Dependent

- Subjects in Relapse and Remission. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;11: 1687-92.
35. Daeppen BJ, Krieg MA, Burnarnd B, Yersin B. MOS-SF36 in Evaluating Health-Related Quality of life in Alcohol Dependent Patients. *Am. J. Alcohol Drug Abuse* 24 1998;4: 685-694.
36. Romeis JC; Watermann B, Scherrer JF, Goldberg J, Eisen SA, Heat AC, et.al. The Impact of Sociodemographics, Comorbidity and Symptom Recency on Health – Related Quality of Life in Alcoholics. *J. OF Studies on Alcohol* 1999; 60:653-62.
37. Cister RA, Zweben A . Development of a Composite Measure for Assessing Alcohol Treatment Outcome: Operationalization and Validation. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23 suppl 2:263-71.
38. Russo J, Byrne PR, Reder D, Alexander M, O'Connor EDD, Dagadakis C, et al. Longitudinal Assessment of Quality of Life in Acute Psychiatric Inpatients: Reability and Validity. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1997; 185 Suppl 3: 166-75.

VERSÃO DO ARTIGO EM PORTUGUÊS

ASSOCIAÇÃO ENTRE GRAVIDADE DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL E OS ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA AFERIDOS PELO INSTRUMENTOS WORLD HEALTH ORGANIZATION INSTRUMENT (WHOQOL- BREF) .

Ana Flávia Barros da Silva Lima ¹, Marcelo Pio de Almeida Fleck ², Flávio Pechansky ², Raquel De Boni ³, Paula Sukop ⁴

1- Médica psiquiatra . Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

2- Médico psiquiatra. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

- 3- Acadêmica do 4º ano da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Co-orientador da Tese de Mestrado Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool
- 4- Residente do 2º ano do programa de Residência Médica em Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Pedidos de separatas para Dr. Ana Flávia Barros da Silva Lima. Rua Mariante 288 conj.407. CEP 90430-180
Este trabalho foi apoiado parcialmente por um fundo de pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – FIPE/HCPA.
Este trabalho é fruto da Tese de Mestrado Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool

Resumo

Objetivo : Avaliar a associação entre gravidade de dependência do álcool e qualidade de vida através do instrumento World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life Bref (WHOQOL-BREF) em pacientes dependentes de álcool do sexo masculino que procuram tratamento em dois centros de referência de Porto Alegre. **Pacientes e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal em que os casos foram divididos em dois grupos de acordo com a gravidade da dependência de álcool mensurada pela escala Short Form Alcohol Dependence Data (SADD). Um grupo foi formado por sujeitos que apresentaram dependência leve ou moderada, e outro por sujeitos que apresentaram dependência severa, todos submetidos à avaliação de qualidade de vida pelos instrumentos WHOQOL-BREF e SF-36. **Resultados:** A amostra foi composta por 36 casos do sexo masculino, em que 63.9% apresentou dependência grave. Na avaliação de qualidade de vida pelo instrumento WHOQOL, as análises para cada domínio evidenciaram que em todas as dimensões, os pacientes com dependência leve ou moderada apresentaram melhores escores, sendo estatisticamente diferente entre os grupos. No instrumento SF-36, a aferição de qualidade de vida foi

semelhante para os domínios referentes à limitação física e à capacidade funcional. Para os demais domínios, os pacientes com dependência leve ou moderada apresentaram melhores escores, apresentando significância estatística entre os grupos **Conclusões:** Os resultados sugerem que tanto o instrumento WHOQOL-BREF, como SF-36 parecem úteis para avaliação de Qualidade de Vida nesta população, uma vez que o tamanho da diferença na percepção de qualidade de vida, entre os grupos, foi para a maioria dos domínios, grande ou moderada, mostrando a capacidade discriminatória destes instrumentos.

INTRODUÇÃO

O alcoolismo é uma doença altamente prevalente, de alto custo social e que provoca prejuízos em diversas áreas da vida do sujeito. No Brasil há poucos estudos de prevalência que apontam para índices entre 3%-12%, com pico entre os 30-49 anos, embora sem utilizar critérios uniformes para a realização do diagnóstico¹⁻⁸. Nos EUA, o “Epidemiologic Catchment Area National Study” mostrou uma prevalência de dependência ao álcool de 13.7% entre os americanos⁹. Reid e colaboradores revisando os grandes estudos epidemiológicos da década de 90, encontrou uma prevalência de alcoolismo ao longo da vida que variou entre 3-16%¹⁰.

Muitos recursos em saúde têm sido direcionados ao tratamento do alcoolismo. Segundo o Ministério da Saúde a estimativa de gastos com tratamentos para uso/abuso de drogas, corresponde a 7,9% do PIB/ano, ou seja, cerca de 28 bilhões de dólares¹¹. Nos EUA, estima-se que o alcoolismo seja uma das principais causas de morte e provoca gastos com a

saúde em aproximadamente 148 bilhões de dólares/ano ¹². Atualmente, na literatura, há um consenso de que não somente a dependência, mas também o uso problemático do álcool já provoca danos para a saúde, salientando a relevância do tratamento precoce. ¹⁰.

Em relação a avaliação de resultados de tratamento em alcoolismo, uma das variáveis mais utilizadas é a mudança no padrão de consumo do uso de álcool. No entanto, o uso desta medida de uma forma isolada para avaliar a evolução de um tratamento, pode ser problemático. Segundo Metzger e colaboradores os pacientes continuam a experimentar problemas em várias áreas de funcionamento, após a abstinência de uma determinada substância ¹³. Longabaugh e colaboradores salientam a dificuldade em se estabelecer a relação entre causa e consequência em relação ao consumo do álcool e seus efeitos na vida do sujeito ¹⁴. Por isso, a medida de qualidade de vida, surge como um parâmetro potencialmente útil, uma vez que permite uma avaliação mais ampla do “bem-estar” dos pacientes, não restringindo-se à redução do consumo ou à abstinência..

Apesar de ainda não existir um consenso em relação à definição de qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" ^{15,16}.

A avaliação de qualidade de vida tem apresentado uma crescente importância como medida de desfecho em saúde. Sendo um construto multidimensional, permite a verificação da efetividade dos tratamentos em

diferentes domínios e o direcionamento de medidas terapêuticas mais específicas, diminuindo os custos do tratamento e melhorando a satisfação do paciente com os resultados ^{17,19}. Além disso, sua avaliação durante o processo de doença e/ou tratamento, permite uma visão mais ampla do estado do paciente do que simplesmente a persistência ou ausência de sintomas ²⁰.

Há poucos estudos na literatura referentes à qualidade de vida em dependentes de álcool. Qualidade de vida parece estar associada com o padrão de uso (abusivo ou dependente) e não com a frequência e quantidade de consumo ^{21,22}.

Os objetivos deste estudo são os seguintes: (1) verificar a associação entre gravidade de dependência do álcool e qualidade de vida; (2) avaliar a validade discriminante do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde – versão abreviada (WHOQOL-bref) e do Medical Outcomes Study Short - Form (SF-36) em pacientes dependentes do álcool do sexo masculino que procuraram tratamento para alcoolismo em dois centros de referência na cidade de Porto Alegre, Brasil.

MÉTODO

AMOSTRA: A amostra foi composta por 36 sujeitos do sexo masculino, com idades entre 18 e 65 anos. Os sujeitos foram recrutados entre outubro de 2000 à maio de 2001. Foram selecionados de duas maneiras : através de um anúncio nos principais jornais da cidade convidando-os para realizar uma avaliação quanto ao uso de álcool e as conseqüências em

diversas áreas da vida ou por procura direta de atendimento em dois centros especializados no tratamento de dependência ao álcool na cidade de Porto Alegre, sul do Brasil. Esta avaliação foi realizada por entrevistadores treinados, em que se aplicava uma entrevista estruturada para diagnóstico de dependência de álcool, segundo os critérios do DSM-IV. Os critérios de inclusão foram (1) sujeitos dependentes do álcool, (2) com uso da substância até 30 dias antes da entrevista, (3) em início de tratamento (1º ou 2º consultas), quando ambulatorial, ou entre 7º-15º dias quando internados na Unidade de Desintoxicação. O voluntário era convidado a preencher alguns questionários auto-aplicados, após o procedimento de consentimento informado. Os critérios de exclusão foram: (1) sujeitos com sintomas psicóticos que impossibilitasse o preenchimento dos instrumentos, (2) Síndrome Cerebral Orgânica, (3) Comorbidade com dependência ou abuso de drogas ilícitas, (4) comorbidade clínica limitante, não relacionada ao álcool. Dezesesseis sujeitos não foram incluídos na amostra: 8 por escores baixos no Mini-mental, sugerindo síndrome cerebral orgânica, 4 por diagnóstico de abuso de álcool, e 4 por serem mulheres. Embora sexo não fosse critério de exclusão do estudo, optou-se por não incluir as 4 mulheres pela impossibilidade de comparações entre os grupos, uma vez que o n era pequeno.

DELINEAMENTO

Foi realizado um estudo transversal. Os fatores em estudo foram dependência de álcool, gravidade da dependência e presença de sintomas psiquiátricos. O desfecho foi qualidade de Vida. Nível sócio-econômico e

presença de sintomas psiquiátricos foram consideradas como possíveis variáveis de confusão.

INSTRUMENTOS E ENTREVISTA

A duração da entrevista variou entre 60 e 90 minutos, e foram utilizados os instrumentos descritos abaixo.

Triagem :

Mini-Mental State Examination : Este instrumento é amplamente utilizado para avaliar prejuízo cognitivo tanto a nível de pesquisa, como clinicamente. As duas primeiras sessões questionam sobre orientação, memória e atenção. A segunda sessão testa a habilidade de nomear objetos, seguir comandos verbais e escritos e copiar um polígono. Este é um instrumento de fácil aplicabilidade, com duração de 5-10 minutos. É demonstrado confiabilidade, validade e aceitação no campo clínico ²³.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). É um instrumento diagnóstico estruturado de duração breve (15-30 minutos) que permite a formulação de diagnósticos compatíveis com os critérios do DSM IV e da CID 10. É utilizado em mais de 30 idiomas, incluindo a versão brasileira ²⁴.

Entrevista auto-administrada :

SHORT - FORM ALCOHOL DEPENDENCE DATA (SADD). É um dos principais instrumentos utilizados para avaliar a gravidade da síndrome de dependência de álcool, conforme critérios de Edwards e Gross ²⁵⁻²⁸. Este instrumento é auto-aplicado sendo de fácil entendimento. É composto por 15 perguntas relativas ao consumo de álcool e suas conseqüências utilizando uma escala de resposta de freqüência do uso, com valores de zero a três para as opções de resposta “nunca”, “poucas vezes”, “ muitas vezes” e “sempre” .

WORLD HEALTH ORGANIZATION INSTRUMENT TO ASSESS QUALITY OF LIFE-BREF (WHOQOL - BREF). É uma versão reduzida do instrumento da Organização Mundial de Saúde para avaliar Qualidade de vida, de 100 questões (WHOQOL-100). Este instrumento foi desenvolvido concomitantemente em 15 centros internacionais, tendo sido validado para a língua portuguesa ²⁹. A versão de 26 itens abrange quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). Há quatro escalas para avaliação de intensidade, capacidade, freqüência e avaliação, variando os escores de zero a quatro ^{30,31} .

MEDICAL OUTCOMES STUDY SHORT - FORM (SF-36). Este instrumento é uma medida genérica de estado funcional e bem-estar que é usada na prática clínica e em pesquisas populacionais. A maioria dos itens utilizados tem suas origens em instrumentos consagrados há mais de 20 anos pela literatura médica. O SF-36 é composto por oito domínios: funcionamento físico,

limitações físicas, limitações emocionais, funcionamento social, dor física, estado mental geral, vitalidade e percepções de saúde em geral. Cada domínio possui um escore que vai de zero (“saúde pobre”) a 100 (“ótima saúde”). Este instrumento é auto-aplicado e de fácil entendimento ³².

SCL – 90. É composto por noventa itens que identificam nove grupos de sintomas psicológicos. Possui um escore global, assim como um escore para cada domínio. Cada item tem cinco opções de resposta que varia de “nem um pouco” até “extremamente”. Quanto maior o escore, maior é o grau de sintomas psiquiátricos. Sua validade é bem documentada ³³.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A comparação entre as variáveis categóricas foi realizada através do teste Qui-quadrado, e para as variáveis contínuas foi utilizado teste T para amostras independentes. Para as variáveis que não apresentaram uma distribuição normal utilizou-se o teste de Mann-Whitney U- Wilcoxon Rank Sum. Para verificar a associação independente da gravidade de dependência com os escores de Qualidade de vida, foi realizada uma regressão linear múltipla. Também foi utilizado o tamanho de efeito para comparação entre os escores de qualidade de vida entre os grupos. Foi considerado um alfa de 5% e poder estatístico de 80% .

RESULTADOS

A amostra incluiu 36 casos, divididos em dois grupos de acordo com a

gravidade da dependência. A maioria dos sujeitos apresentou dependência grave, correspondendo a 63.9% dos casos. A idade variou entre 28 a 60 anos, com uma idade média de 46 anos ($dp = \pm 8,34$). A maioria dos sujeitos (61,1%) apresenta nível de escolaridade até o 1º grau completo com emprego ou trabalhando como autônomo (63.9%), sendo 80% dos sujeitos entrevistados pertencentes a classes sociais B ou C. As características demográficas podem ser vistas na tabela 1.

Os domínios de qualidade de vida, aferidos pelo WHOQOL e pelo SF-36 foram comparados em dois grupos divididos de acordo com a gravidade da dependência de álcool. As médias gerais do WHOQOL variaram entre 51.12 ($dp = \pm 10.08$) para o domínio ambiental, até 57.04 ($dp = \pm 10.56$) para o domínio social. Quando realizadas análises para cada domínio entre os grupos, observou-se que em todas as áreas os pacientes com dependência leve a moderada apresentaram melhores escores, sendo significativa esta diferença. Os escores dos diferentes domínios estão descritos na tabela 2.

No instrumento SF-36, as médias gerais do instrumento variaram entre 45.37 ($dp = \pm 41.52$) para o domínio de aspectos emocionais até 81.11 ($dp = \pm 20.95$) para o domínio capacidade funcional. Quando os grupos foram comparados, o desempenho foi semelhante para os domínios referentes à capacidade funcional e à limitação física, havendo diferenças para os demais domínios, onde o grupo com dependência leve a moderada apresentou melhores escores. Os dados estão descritos na tabela 3. Cabe salientar que para uma melhor compreensão do tamanho da diferença entre os escores nos dois grupos foi utilizado o tamanho de efeito padronizado segundo Hopkins.

Para uma análise mais detalhada das variáveis correlacionadas com Qualidade de vida, realizou-se uma regressão múltipla linear com as variáveis gravidade da dependência, idade, nível econômico e comorbidade psiquiátrica. As variáveis mais correlacionadas com cada domínio estão descritas na tabela 4.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo sugerem que há uma associação entre qualidade de vida e gravidade de dependência de álcool. Segundo os escores encontrados no instrumento WHOQOL, bem como no SF-36, os pacientes com dependência grave apresentaram piores escores, demonstrando que o grau de dependência está associado com a piora na percepção de qualidade de vida desta população.

A literatura ainda é muito restrita quanto a informações relacionadas à qualidade de vida em usuários de álcool. Foster e colaboradores realizaram uma revisão sistemática e encontraram somente 5 trabalhos na 4ª conferência anual de Pesquisa em Qualidade de vida, assim como 35 artigos publicados no período entre 1982 e 1997³⁴. É difícil comparar os achados encontrados com resultados prévios, uma vez que não existem dados referentes ao WHOQOL com esta população e há poucos trabalhos, utilizando o SF-36. No entanto, alguns estudos encontraram diferenças em todos os domínios do SF-36 de acordo com a gravidade da dependência ou entre a intensidade de uso (dependentes ou abusadores)^{21-22,35-36}. Portanto,

nossos dados reproduzem achados prévios, sugerindo que o alcoolismo é uma doença que afeta diversas áreas da vida de um indivíduo, uma vez que todos os escores dos domínios do WHOQOL e quase todos do SF-36, com exceção do domínio da limitação física e capacidade funcional, foram diferentes entre os grupos.

Em relação à capacidade dos pacientes dependentes de álcool perceberem seus problemas há uma tendência na prática clínica a acreditar que estes pacientes muitas vezes, negam seus problemas. Neste estudo, quando comparamos os diferentes domínios em relação à gravidade da dependência, conforme as tabelas 2 e 3, sem controlar outras variáveis, o grau de dependência apareceu como um importante fator contribuindo para a piora na percepção de qualidade de vida, uma vez que o tamanho da diferença na percepção de qualidade de vida, entre os grupos, foi para a maioria dos domínios grande ou moderada .

Estes dados sugerem que os pacientes com estas características, provavelmente, eram capazes de perceber prejuízos em diversas áreas de suas vidas. Cabe salientar que como eram pacientes que haviam buscado alguma forma de avaliação ou de tratamento, provavelmente apresentavam alguma motivação para mudanças e capacidade para perceber seus problemas. Portanto, motivação para tratamento provavelmente pode ser um aspecto correlacionado com percepção de qualidade de vida.

Para um melhor entendimento das possíveis variáveis que estivessem contribuindo para os escores de cada domínio de qualidade de vida do WHOQOL realizou-se uma regressão múltipla linear. Verificou-se que para o

domínio físico a variável que demonstrou maior correlação com o desfecho foi a gravidade de dependência quando outras variáveis como idade e nível sócio-econômico foram controladas, conforme a tabela 4. Uma das hipóteses é que os pacientes talvez percebam mais facilmente os prejuízos provocados pelo alcoolismo na sua qualidade de vida através dos aspectos físicos.

Tanto para o domínio psicológico como para o domínio social a variável que apresentou maior correlação foi a presença de comorbidades psiquiátricas, seguida da gravidade da dependência. Pelo delineamento deste estudo não podemos estabelecer uma relação de causa e efeito, isto é, tanto a dependência de álcool poderia desencadear mais sintomas psiquiátricos, como os sintomas psiquiátricos poderiam levar a um aumento no uso de álcool. Outro aspecto relevante é que a presença de sintomas psiquiátricos pode afetar a capacidade do indivíduo em manter ou em perceber como se desenvolvem as suas relações sociais. Estes achados nos alerta para a necessidade da detecção e tratamento precoce de comorbidades psiquiátricas nesta população. Romeis e colaboradores sugerem que comorbidades físicas e/ou psiquiátricas, dependência de drogas, renda, estado civil e severidade de alcoolismo influenciam a relação entre alcoolismo e qualidade de vida relacionada à saúde ³⁶.

Quanto ao domínio ambiental a variável que mais se correlacionou foi o nível sócio-econômico. Isto é, quanto maior o prejuízo a nível ambiental, pior era o nível sócio-econômico.

Apesar destas considerações, por que a gravidade de dependência não foi a variável mais correlacionada com todos os domínios? Uma possível

explicação é a de que o SADD é um instrumento que afere, de uma forma geral, os sintomas físicos de abstinência e dificuldades no controle de beber. Provavelmente um instrumento que avalie a gravidade da dependência com critérios mais amplos, como a The Addiction Severity Index - ASI obteria melhores escores de correlação em um modelo de regressão múltipla³⁷.

O presente estudo apresentou algumas limitações. Primeiro, trata-se de um estudo transversal em que podemos verificar uma associação entre gravidade de dependência e qualidade de vida, mas não podemos estabelecer um fator causal ou seqüencial para esta associação.

Segundo, os dados não podem ser generalizados para os dependentes de álcool em geral, uma vez que a amostra foi composta por indivíduos dependentes de álcool que perceberam a necessidade de tratamento, o que sugere que eles deviam estar motivados para uma mudança.

Terceiro, a amostra pode ser considerada pequena, limitando a possibilidade de análises mais detalhadas ou que alguns resultados não tenham obtido significância estatística., como no instrumento SF-36 onde não houve diferenças quanto à qualidade de vida entre os grupos para o domínio de "Capacidade funcional" e "Limitação física".

Quarto, como em nossa amostra foram incluídos apenas sujeitos do sexo masculino, não foi possível analisar se a variável gênero provoca diferenças na qualidade de vida. Segundo Foster e colaboradores esta variável não provoca diferenças na percepção de qualidade de vida, mas os

próprios autores enfatizam que talvez os construtos atuais para avaliação de qualidade de vida não sejam adequados para identificar estas diferenças e sejam necessários estudos mais detalhados para avaliar esta questão³⁸.

Finalizando, o estudo sugere que o instrumento WHOQOL consegue discriminar as diferenças nos escores de qualidade de vida em pacientes dependentes de álcool de acordo com a gravidade da dependência. Espera-se que através da avaliação de qualidade de vida ocorra uma valorização das percepções do paciente em relação às diversas áreas da sua vida. Desse modo, a dupla paciente-terapeuta possa identificar aspectos prioritários para o tratamento em busca de medidas mais eficazes. Ainda são necessários estudos detalhados nesta área, assim como a criação de instrumentos específicos para esta população, proporcionando um maior entendimento da relação entre qualidade de vida e dependência ao álcool.

Tabela 1. Características demográficas da amostra.

Características	Total (%)	Dep.Leve/Mod SADD (n=13)	Dep. Grave SADD (n=23)	P*
ORIGEM				0,78
HCPA	14 (38,9)	6 (46,2)	8 (34,8)	
CDQUIM	12 (33,3)	4 (30,8)	8 (34,8)	
CDQUIM/ Internação	10 (27,8)	3 (23,1)	7 (30,4)	
IDADE				
MÉDIA (dp)	46(+/- 8,34)	47,38(+/-7,77)	43,61(+/- 8,51)	0,19
ESCOLARIDADE				0,74
1º grau	22 (61,1)	7 (53,8)	15 (65,2)	
2º grau	11 (30,6)	5 (38,5)	6 (26,1)	

3º grau	3 (8,3)	1 (7,7)	2 (8,7)	
ESTADO CIVIL				0,51
Casado	20 (55,6)	7 (53,8)	13 (56,5)	
Separado/divorciado/ Viúvo	11 (30,6)	3 (23,1)	8 (34,8)	
Solteiro	5 (13,9)	3 (23,1)	2 (8,7)	0,67
SITUAÇÃO DE VIDA				
Sozinho	6 (16,7)	2 (15,4)	4 (17,4)	
Companheiros/filhos	19 (52,8)	6 (46,2)	13 (56,5)	
Outros parentes	10 (27,8)	5 (38,5)	5 (21,7)	
Outra	1 (2,8)	0	1 (4,3)	
EMPREGO				0,70
Assalari/autonom	23 (63,9)	9 (69,2)	14 (60,9)	
Pensão	1 (2,8)	0	1 (4,3)	
Desempregado	8 (22,2)	2 (15,4)	6 (26,1)	
Aposentado	4 (11,1)	2 (15,4)	2 (8,7)	
NÍVEL ECONÔMICO				0,020
A	2 (5,6)	2 (15,4)	0	
B	14 (38,9)	7 (53,8)	7 (30,4)	
C	15 (41,7)	3 (23,1)	13 (52,5)	
D	4 (11,1)	1 (7,7)	3 (13)	
E	1 (2,8)	0	1 (4,3)	

* Teste Qui-quadrado para todas as variáveis, excetuando-se Nível econômico onde foi aplicado Teste de Mann-Whitney e idade onde foi aplicado a média.

Tabela 2. Comparação das Médias dos escores de qualidade de Vida para os domínios do WHOQOL, de acordo com a gravidade da dependência.

Domínio	Leve/Moderada n=13		Grave n=23		P*	TEP [#]
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP		
<i>Físico</i>	70,6	17,3	53,6	17,0	0,007	0,99

Psicológico	71,2	9,7	48,7	15,4	0,001	1,65
Social	74,4	15,8	58,3	14,2	0,004	1,09
Ambiental	60,3	10,8	51,8	13,3	0,055	0,68

***Teste T - Student para amostras independentes**

#TEP – Tamanho de efeito padronizado segundo Hopkins

Tabela 3. Comparação das médias dos escores para cada domínio do SF 36 de acordo com a gravidade da dependência.

Domínio	Leve/moderada		Dependência Grave		P *	TEP #
	n=13		n=23			
	Média	DP	Média	DP		
Capacidade funcional	85,00	15,41	78,91	23,55	0,41	0,29
Limitação Física	63,46	37,66	44,57	50,54	0,24	0,41
Dor	71,85	24,34	50,74	26,71	0,02	0,82
Estado de saúde	64,62	17,92	50,39	16,58	0,02	0,83
Vitalidade	66,92	14,80	49,78	17,09	0,005	1,05
Aspectos sociais	85,58	20,31	39,67	24,61	0,01	1,98
Saúde mental	76,92	31,58	27,54	35,75	0,01	1,44
Aspectos emocionais	74,15	15,29	43,65	23,63	0,01	1,45

***Teste T - Student para amostras independentes**

#TEP – Tamanho de efeito padronizado segundo Hopkins

Tabela 4. Regressão Linear Múltipla para as variáveis gravidade da dependência, idade, nível sócio econômico, e comorbidade psiquiátrica em relação aos domínios e questões gerais de Qualidade de vida.

Domínio	B	EP B	Beta	P
FÍSICO				
Gravidade da dependência	- 2,16	1,04	- 0,35	0,04

Idade	0,95	0,05	0,26	0,09
Nível econômico	- 0,28	0,57	- 0,08	0,61
PSICOLÓGICO				
Gravidade da dependência	- 1,79	0,90	- 0,32	0,05
Idade	0,02	0,04	0,06	0,61
Nível econômico	0,04	0,42	0,15	0,91
Comorbidade Psiquiátrica	- 2,09	0,65	0,50	0,00
SOCIAL				
Gravidade da dependência	- 1,01	1,02	- 0,19	0,33
Idade	0,04	0,04	0,13	0,40
Nível econômico	- 0,36	0,48	- 0,12	0,45
Comorbidade Psiquiátrica	- 1,21	0,74	0,31	0,11
AMBIENTAL				
Gravidade da dependência	- 0,60	0,69	- 0,14	0,39
Nível econômico	- 1,21	0,43	- 0,50	0,00
Ter companheiro	0,29	0,62	0,07	0,64
Emprego	0,45	0,83	0,09	0,59
QUALIDADE DE VIDA EM GERAL				
Gravidade da dependência	- 0,57	0,30	- 0,28	0,06
Idade	0,03	0,01	0,28	0,05
Nível econômico	- 0,36	0,16	- 0,32	0,03
SATISFAÇÃO COM SUA SAÚDE				
Gravidade da dependência	- 0,78	0,36	- 0,33	0,03
Idade	0,01	0,01	0,10	0,53
Nível econômico	0,03	0,19	0,02	0,87

VERSÃO DO ARTIGO EM INGLÊS

**ASSOCIATION BETWEEN SEVERITY OF ALCOHOL DEPENDENCE AND
THE QUALITY OF LIFE SCORE MEASURED USING THE WORLD HEALTH
ORGANIZATION (WHOQOL-BREF) INSTRUMENT**

**Ana Flávia Barros da Silva Lima (1) , Marcelo Fleck (2) , Flávio
Pechansky(2) , Raquel de Boni (3), Paula Sukop (4)**

-
1. M.D., Psychiatrist, M.Sc. Postgraduate student in the Graduate Program in Medicine: Clinical Medicine at the Federal University of Rio Grande do Sul
 2. M.D., Psychiatrist, Associate Professor in the Department of Psychiatry and Legal Medicine at the Federal University of Rio Grande do Sul.
 3. Fourth year medical student at Federal University of Rio Grande do Sul
 4. Second-year resident in the Medical Residency Program of Psychiatry at Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Reprint requests to Dra. Ana Flávia Barros da Silva Lima. Rua.
Mariante 288/407, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Zip Code:
90430-180

This work was partially supported by the Research Fund of Hospital
de Clínicas de Porto Alegre

This paper is part of a master thesis named “ Quality of life in male
alcohol dependent patients”

Abstract

Objective: To assess the association between severity of alcohol dependence and quality of life by means of the World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life Bref (WHOQOL – BREF), in male alcohol dependent patients who seek treatment at two centers of reference in Porto Alegre, RS, Brazil. **Material and Methods:** This is a cross-sectional study in which the cases were divided into two groups according to the severity of alcohol dependence measured by the Short Form Alcohol Dependence Data (SADD) scale. One group consisted of subjects who were mildly or moderately dependent and the other of subjects who were severely dependent, all of them submitted to quality of life assessment using the WHOQOL-BREF and SF-36 instruments. **Results:** The sample consisted of 36 males, 63.9% of whom presented severe dependence. Assessing the quality of life using the WHOQOL instrument, the analysis for each domain showed that, in all dimensions, the patients with a mild or moderate dependence presented better scores, and there was a statistical difference between the groups. In the SF-36 instrument, the quality of life measurement was similar for the domains concerning physical limitation and functional capacity. For the other domains, the patients with a mild or moderate dependence presented better scores, and there was a statistical significance between the groups. **Conclusions:** The results suggest that both the WHOQOL-BREF and SF-36 seem to be useful to assess the Quality of Life in this population. The effect size of the perception of quality of life between the groups was for the most of the domains large or moderate, showing the discriminant capability of these instruments.

INTRODUCTION

Alcoholism is a highly prevalent disease, with a high social cost, and causes losses in various areas of the subject's life. In Brazil there are few prevalence studies that indicate indexes between 3% and 12%, peaking at 30-49 years of age, although not using uniform criteria to perform the diagnosis¹⁻⁸. In the USA, the "Epidemiologic Catchment Area National Study" showed a 13.7% prevalence of alcohol dependence among the Americans⁹. Reid et cols, reviewing the large epidemiological studies of the Nineties, found a lifetime alcohol prevalence that ranged from 3 to 16%¹⁰.

Many health care resources have been applied to the treatment of alcoholism. According to the Ministry of Health the estimate of expenditures with the treatment of drug use/abuse, corresponds to 7.9% of the GDP/year, i.e., approximately 28 billion dollars¹¹. In the USA it is estimated that alcoholism is one of the main causes of death and provokes health care expenditures of approximately 148 billion dollars/year¹². Currently, in literature, there is a consensus that not only dependence but also the excessive consumption of alcohol are already harmful to health. These data reveal that alcoholism requires early treatment¹⁰.

One of the traditional ways of assessing the result of treatment for alcoholism is by changing the frequency and/or amount of alcohol use.. However, there are a few problems when this measure is used in an isolated form to evaluate the evolution of treatment. According to Metzger et cols, the patients continue to experience problems in several areas of functioning, after abstaining from a given substance¹³. Longabaugh et cols stress the difficulty of establishing the relationship between cause and consequence concerning alcohol consumption and its effects on the areas of life¹⁴. Therefore, the

measure of quality of life appears to be a potentially useful parameter, since it enables a broader assessment of the patients' "well-being", and is not limited only to reducing consumption or abstinence.

Although there is no consensus yet regarding a definition of quality of life, the World Health Organization (WHO) defines it as the individual's perception of his/her position in life in the context of the culture and system of values in which they live, and in relation to their objectives, expectations, standards and concerns^{15,16}.

The assessment of quality of life has become increasingly important as a measure of outcome in health. Since it is a multidimensional construct, it allows the verification of the effectiveness of treatments in different domains and provides direction for more specific therapeutic measures, reducing the costs of treatment and improving the patient's satisfaction with the results¹⁷⁻¹⁹. Moreover, its assessment during the disease and/or treatment process enables a broader view of the patient's condition than simply persistence or absence of symptoms²⁰.

There are few studies in literature concerning quality of life in alcohol dependents. Quality of life appears to be associated with the pattern of use (abusive or dependent) and not with frequency and quantity consumed^{21,22}.

The objectives of this study are: (1) to study the association between severity of alcohol dependence and Quality of life; (2) to assess the discriminant validity of the Quality of Life assessment instrument of the World Health Organization - abbreviated version (WHOQOL-bref) for the

assessment of quality of life in male alcohol-dependent patients who sought treatment at two centers of reference for the treatment of alcoholism in the city of Porto Alegre, Brazil.

METHOD

SAMPLE: The sample consisted of 36 male subjects, ranging from 18 to 65 years of age. The subjects were recruited between October 2000 and December of 2000. The recruitment was done in two ways: announcements in major newspapers of the city invited subjects for an assessment of alcohol use and its consequences in different areas of life. In parallel, patients who sought assistance at two addiction treatment centers were also invited to participate. The assessment was done by trained interviewers, who applied a structured interview to diagnose alcohol dependence according to DSM-IV criteria. Inclusion criteria were: 1) - alcohol dependent subjects; 2) any alcohol use in the 30 days prior to interview; 3) beginning outpatient treatment (1st or 2nd visit), or beginning inpatient treatment (7th to 15th day of hospital stay) at detox. Subjects were invited to fill out self-reported forms after informed consent.

The exclusion criteria for both samples were (1) subjects with psychotic symptoms that would make it impossible to fill out the instruments, (2) Organic Cerebral Syndrome, (3) Co-morbidity with dependence or abuse of illicit drugs, (4) limiting clinical co-morbidity, unrelated to alcohol. Sixteen subjects were not included in the sample: 8 due to low scores in the Mini-mental, suggesting an organic cerebral syndrome, 4 due to diagnosis of alcohol abuse and 4 because they were female. Although gender was not a criterion for exclusion from the study, it was decided not to include the 4

women because of the possible confounding bias that this would cause and because it would have been impossible to control statistically.

DESIGN: A cross-sectional study was performed. The factors studied were alcohol dependence, degree of severity of dependence and presence of psychiatric symptoms. The outcome was Quality of Life. Socioeconomic status and presence of psychiatric symptoms were considered possible confounding variables.

INSTRUMENTS AND INTERVIEW: The interview lasted 60 to 90 minutes, and the instruments described below were used:

Screening:

Mini-Mental State Examination: This instrument is widely used to assess cognitive loss both at research level and clinically. The two first sessions request information regarding orientation, memory and attention. The second session tests the ability to name objects, obey verbal and written commands and copy a polygon. This is an easily applied instrument, with a 5 to 10-minute duration. It shows reliability, validity and acceptance in the clinical field²³.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). This is a fully structured diagnostic instrument, of short duration (15-30 minutes), that

enables the formulation of diagnoses compatible with the DSM- IV and CID 10 criteria. It is used in over 30 languages, including the Brazilian version ²⁴.

Self-administered interview:

SHORT-FORM ALCOHOL DEPENDENCE DATA (SADD). It is one of the main instruments used to assess the severity of the alcohol dependence syndrome according to the criteria of Edwards and Gross. This instrument is self- applied and easy to understand. It consists of 15 questions concerning alcohol consumption and its consequences, using a response scale of frequency of use, with values from zero to three for the options to answer “never” , “occasionally”, “often” and “ always” ²⁵⁻²⁸.

WORLD HEALTH ORGANIZATION INSTRUMENT TO ASSESS QUALITY OF LIFE-BREF (WHOQOL-BREF). is a short version of the instrument of the World Health Organization to assess Quality of Life, with 100 questions (WHOQOL-100). This instrument was developed concurrently at 15 international centers, and was validated for the Portuguese language. The 25-item version covers four domains (physical, psychological, social relations and environment). There are four scales to assess intensity, capacity, frequency and assessment, and the scores range from zero to four ²⁹⁻³¹.

MEDICAL OUTCOMES STUDY SHORT-FORMS (SF-36) – This instrument is a generic measure of the functional state and well-being that is used in clinical practice and in population surveys. Most of the items used are originally from instruments that have been accepted by medical literature for over 20 years. SF-36 is constituted by eight domains: physical functioning, physical limitations, emotional limitations, social functioning, physical pain, general mental condition, vitality and health perceptions in general. Each domain has a score from zero (“poor health”) to 100 (“excellent health”). This instrument is self-applied and easy to understand ³².

SCL-90. This consists of ninety items that identify nine groups of psychological symptoms. It has an overall score, as well as a score for each domain. Each item has a choice of between five answers ranging from “not at all” to “extremely”. The higher the score, the greater the degree of psychiatric symptoms. Its validity has been well documented ³³.

STATISTICAL ANALYSIS: The comparison between categorical variables was done using the Chi-squared test and T test for independent samples for continuous variables. For the variables that did not show a normal distribution, the Mann-Whitney U test – Wilcoxon Rank Sum was used. Linear multiple regression was performed To verify the independent association of the severity of the dependence with the scores of quality of life . The effect size by Hopkins was also used for the comparison of the scores of quality of life between the groups. An alpha of 5% was used with statistical power of 80%.

RESULTS:

The sample included 36 cases, divided into two groups depending on the severity of dependence. Most of the subjects presented severe dependence, corresponding to 63.9% of the cases. The age varied from 28 to 60, with a mean age of 46years (dp= \pm 8.34). Most of the subjects (61.1%) have a level of schooling of up to full elementary school with a job or are self-employed (63.9%), 80% of the subjects interviewed belonging to social classes B or C. The demographic characteristics are shown in table 1.

The quality of life domains measured by WHOQOL and by SF-36 were compared in two groups divided according to the severity of alcohol dependence. The general means of WHOQOL varied from 51.12 (dp= \pm 10.08) for the environmental domain to 57.4 (dp= \pm 19.56) for the social domains. When analyses were performed for each domain among the groups, it was observed that in all areas the patients with mild to moderate dependence presented better scores, this difference being significant. The scores of the different domains have been described in table 2.

In the SF-36 instrument the general means of the instrument varied from 45.37 (dp= \pm 41.52) for the domain of emotional aspects to 81.11 (dp= \pm 20.95) for the domain of functional capacity. When the groups were compared, the performance was similar for the domains referring to functional capacity and physical limitation, with differences for the other domains .It must be emphasized that for a better understanding of the size of the difference

among the scores in the two groups the effect size by Hopkins was used. The scores have been described in table 3.

For a more detailed analysis of variables correlated to quality of life, a linear multiple regression was performed with the variables severity of dependence, age, economic status and psychiatric co-morbidity. The variables most closely correlated to each domain have been described in table 4.

DISCUSSION

The results of the present study suggest that there is an association between quality of life and severity of alcohol dependence. According to the scores found in the WHOQOL instrument, as well as in SF-36, the patients with a severe dependence presented worse scores, showing that the degree of dependence is associated with worsened perception of quality of life in this population.

Literature still has a very limited amount of information regarding alcohol users' quality of life. Foster et cols performed a systematic review and found only 5 papers at the 4th annual conference of Research on Quality of Life, as well as 35 articles published during the period from 1982 to 1997³⁴. It

is difficult to compare the findings to previous results, since there are no data referring to WHOQOL for this population, and there are few studies using SF-36. However, several studies found differences in all domains of SF-36 according to severity of dependence, or between intensity of use (dependents or abusers) ³⁵. Therefore, our data reproduce previous findings, suggesting that alcoholism is a disease affecting different areas of the life of an individual, since all the scores in HOQOL domains, and almost all those in SF-36, except for the domain of physical limitation and functional capacity, were different among the groups.

Concerning the alcohol-dependent patients' capacity to perceive their problems, there is a tendency in clinical practice to believe that these patients often deny them. There are studies showing that the perception of health care professionals often differs from those of patients as regards assessment of quality of life ²³. In this study when we compare the different domains as to severity of dependence, according to tables 2 and 3, without looking at other variables, the degree of dependence appeared to be an important factor contributing to a worsened perception of quality of life, since the size of the difference in perception of quality of life, among the groups, was large or moderate for most domains. The data suggest that patients with these characteristics were probably capable of perceiving losses in different areas of their lives. It should be emphasized that, since they were patients who had sought some form of assessment or treatment, they probably had some motivation for changes and capacity to perceive their problems. Therefore, motivation for treatment is probably an aspect correlated with perception of quality of life.

In order to improve understanding of the possible variables that could be contributing to the scores in each domain of Quality of Life of the WHOQOL, a linear multiple regression was performed. It was found that for the physical domain the variable that showed the highest correlation with the outcome was severity of dependence, when other variables such as age and socioeconomic status were controlled, as seen in table 4. One of the assumptions is that the patients could possibly find it easier to perceive the harm caused by alcoholism in their quality of life through the physical aspects.

The variable with the highest correlation for the psychological and social domains was the presence of psychiatric co-morbidities, followed by severity of dependence. The design of this study does not enable one to establish a cause and effect relationship, i.e., on the one hand alcohol dependence could trigger more psychiatric symptoms, on the other the psychiatric symptoms could lead to an increased use of alcohol. Another aspect to be emphasized is that the presence of psychiatric symptoms may affect the individual's ability to maintain or perceive the development of his social relations.

This finding alerts us to the need to detect psychiatric co-morbidities in this population, and suggests the need for early treatment. Romeis et cols suggest that the physical and/or psychiatric co-morbidities, drug dependence, income, marital status and severity of alcoholism influence the relationship between alcoholism and health-related quality of life ³⁶.

As to the environmental domain the most closely correlated variable was the socioeconomic status, i.e., the greater the environmental damage, the lower was the socioeconomic status.

In spite of these considerations why was the variable severity of dependence not the most closely correlated with all domains? One possible explanation is that SADD is an instrument that measures the physical symptoms of abstinence and difficulties to control drinking, in general. Probably an instrument that assesses the severity of dependence using broader criteria, such as the The Addiction Severity Index – ASI would achieve better correlation scores in a multiple regression model³⁷.

This study has a few limitations. First of all, it is a cross-sectional study in which we can find an association between severity of dependence and quality of life, but we cannot establish a causal or sequential factor for this association.

Secondly, the data cannot be generalized to the alcohol dependents in general, since the sample consisted of alcohol-dependent individuals who perceived the need for treatment, which suggests that they must have been motivated to change.

Thirdly, the sample can be considered small, limiting the possibility of more detailed analyses, or that some results did not achieve statistical significance. For instance, in instrument SF-36 no differences were found as to Quality of Life between the groups for the domain of “Functional capacity” and

“Physical limitation” . However, it cannot be said that these differences really do not exist, or that this happened due to lack of statistical power.

Fourth, since only males were included in our sample, it was not possible to analyze whether gender causes differences in quality of life. According to Foster et cols., this variable does not provoke differences in perception of quality of life, but the authors themselves emphasize that, possibly, the current constructs to assess quality of life are not adequate to identify these differences, and that more detailed studies will be needed to assess this issue ³⁸ .

Lastly, this study suggests that the whoqol instrument is able to discriminate the differences in the scores of quality of life in alcohol-dependent patients, according to severity of dependence. It is expected that by means of assessment of quality of life, an enhancement of the patient’s perceptions of the different areas of his life will occur. Thus, the patient-therapist dyad may possibly identify aspects that should be given priority treatment in an attempt to find more effective measures. Further detailed studies of this area are needed, and specific instruments must be created for this population, providing a better understanding of the relationship between Quality of Life and alcohol dependence.

Table 1. Demographic characteristics of the sample

CHARACTERISTICS	TOTAL(%)	MILD/MOD DEP.	SEVERE DEP.	P*
-----------------	-----------	---------------	-------------	----

		SADD (N=13)	SADD (N=23)	
ORIGIN				0.78
HCPA	14 (38.9)	6 (46.2)	8 (34.8)	
CDQUIM	12 (33.3)	4 (30.8)	8 (34.8)	
CDQUIM/ Inpatients	10 (27.8)	3 (23.1)	7 (30.4)	
AGE				0.19
Mean (dp)	46(+/- 8.34)	47,38(+/-7.77)	43,61(+/- 8.51)	
SCHOOLING				0.74
Elementary	22 (61.1)	7 (53.8)	15 (65.2)	
High School	11 (30.6)	5 (38.5)	6 (26.1)	
College	3 (8.3)	1 (7.7)	2 (8.7)	
MARITAL STATUS				0.51
Married	20 (55.6)	7 (53.8)	13 (56.5)	
Separated/divorced/ widow	11 (30.6)	3 (23.1)	8 (34.8)	
Single	5 (13.9)	3 (23.1)	2 (8.7)	
LIFE SITUATION				0.67
Alone	6 (16.7)	2 (15.4)	4 (17.4)	
Partner/children	19 (52.8)	6 (46.2)	13 (56.5)	
Other relatives	10 (27.8)	5 (38.5)	5 (21.7)	
Other	1 (2.8)	0	1 (4.3)	
EMPLOYMENT				0.70
Wage-earner/self- employed	23 (63.9)	9 (69.2)	14 (60.9)	
Pension	1 (2.8)	0	1 (4.3)	
Unemployed	8 (22.2)	2 (15.4)	6 (26.1)	
Retired	4 (11.1)	2 (15.4)	2 (8.7)	
ECONOMIC STATUS				0.020
A	2 (5.6)	2 (15.4)	0	
B	14 (38.9)	7 (53.8)	7 (30.4)	
C	15 (41.7)	3 (23.1)	13 (52.5)	
D	4 (11.1)	1 (7.7)	3 (13)	
E	1 (2.8)	0	1 (4.3)	

* Chi-squared test for all variables, except economic status, where the Mann-Whitney test was applied and age where mean was applied

Table 2. Comparison of the Mean of scores of quality of life for the domains of WHOQOL, according on severity of dependence.

Domain	Mild/Moderate n=13		Severe n=23		P*	ES [#]
	MEAN	SD	MEAN	SD		
Physical	70.6	17.3	53.6	17.0	0.007	0.99
Psychological	71.2	9.7	48.7	15.4	0.01	1.65
Social	74.4	15.8	58.3	14.2	0.004	1.09
Environmental	60.3	10.8	51.8	13.3	0.055	0.68

* Student T test for independent samples

ES – Size of effect

Table 3. Comparison of the mean of scores of each SF-36 domains, according to the severity of dependence.

Domain	Mild/moderate Dependence n=13		Severe Dependence n=23		P *	ES [#]
	Mean	SD	Mean	SD		
	Functional capacity	85.00	15.41	78.91		
Physical limitation	63.46	37.66	44.57	50.54	0.24	0.41
Pain	71.85	24.34	50.74	26.71	0.02	0.82
State of Health	64.62	17.92	50.39	16.58	0.02	0.83
Vitality	66.92	14.80	49.78	17.09	0.005	1.05
Social aspects	85.58	20.31	39.67	24.61	0.01	1.98
Mental Health	76.92	31.58	27.54	35.75	0.01	1.44
Emotional aspects	74.15	15.29	43.65	23.63	0.01	1.45

* Student T test for independent samples

ES – Size of effect

Table 4 Linear Multiple Regression for the following variables: severity of dependence, age, socioeconomic status, and psychiatric co-

morbidity in relation to the domains and general issues of Quality of Life

Domain	B	SE B	Beta	P
PHYSICAL				
Severity of dependence	- 2.16	1.04	- 0.35	0.04
Age	0.95	0.05	0.26	0.09
Economic status	- 0.28	0.57	- 0.08	0.61
PSYCHOLOGICAL				
Severity of dependence	- 1.79	0.90	- 0.32	0.05
Age	0.02	0.04	0.06	0.61
Economic status	0.04	0.42	0.15	0.91
Psychiatric co-morbidity	- 2.09	0.65	0.50	0.00
SOCIAL				
Severity of dependence	- 1.01	1.02	- 0.19	0.33
Age	0.04	0.04	0.13	0.40
Economic status	- 0.36	0.48	- 0.12	0.45
Psychiatric co-morbidity	- 1.21	0.14	0.31	0.11
ENVIRONMENTAL				
Severity of dependence	- 0.60	0.69	- 0.14	0.39
Economic status	- 1.21	0.43	- 0.50	0.00
Having a partner	0.29	0.62	0.07	0.64
Job	0.45	0.83	0.09	0.59
QUALITY OF LIFE IN GENERAL				
	- 0.57	0.30	- 0.28	0.06
Age	0.03	0.01	0.28	0.05
Economic status	- 0.36	0.16	- 0.32	0.03
SATISFACTION WITH ONE'S HEALTH				
Severity of dependence	- 0.78	0.36	- 0.33	0.03
Age	0.01	0.01	0.10	0.53
Economic status.	0.03	0.19	0.02	0.87

REFERENCES

1. Monteiro MG, Monteiro MA, Santos BR. Detecção do alcoolismo na população geral através do questionário CAGE: O que mudou em cinco anos? Revista ABP-APAL 1991;13 Suppl 2: 45-8.
2. Almeida LM, Coutinho ESF. Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. Rev. Saúde Pública 1993;27 Suppl 1:23-9.
3. Morgado AF, Coutinho ESF. Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. Cadernos de Saúde Pública 1985;1 Suppl 3: 327-47.
4. Santana VS, Almeida Filho N. Alcoolismo e consumo de álcool: resumo de achados epidemiológicos. Revista ABP-APAL 1987;9 Suppl 1:15-22.
5. Fleck MPA, Soares HH. Estudo preliminar da prevalência de alcoolismo em pacientes internados no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. R. Psiquiatr.RS 1990;12 Suppl 2:84-87.
6. Nunes SOB, Onishi LO, Hashimoto SM, Kikuchi R, Toledo LGM, Koike A, et al. A história familiar e a prevalência de dependência de álcool e tabaco em área metropolitana na região Sul do Brasil. Rev. Psiq. Clin 1999;26 Suppl 3:84-9.
7. Soares KVS, Busnello EA, Coutinho ESF, Almeida Filho N, Andreolli SB, Mari JJ. Comorbidades nos Transtornos Depressivos na População de Três Centros Urbanos Brasileiros. Neurobiol 1995;58 Suppl 3:77-86.
8. Rego RA, Oliveira ZMA, Berardo FAN, Oliveira MB, Ramos LR. Epidemiologia do Alcoolismo. Prevalência de positividade do teste CAGE em inquérito domiciliar no Município de São Paulo. Revista ABP-APAI 1991;13 Suppl 2:75-80.

9. Schuckit MA. Alcoholism: An Introduction. In: Schuckit MA. Drug and Alcohol Abuse. 5th ed. New York: KA/PP; 2000. p. 54-97.
10. Reid MC, Fiellin DA, O'Connor PG. Hazardous and harmful Alcohol Consumption in Primary Care. Arch Intern Med 1999;159 Suppl 15: 1681-89.
11. Homepage do Ministério da Saúde/Saúde Mental. Disponível no: URL:<http://www.saude.gov.br/programas/mental/criar.htm>
12. Saitz R, Lepore MF, Sullivan LM, Amaro H, Samet JH. Alcohol Abuse and Dependence in Latinos Living in the United States: Validation of the CAGE (4m) questions. Arch Intern Med 1999;159 Suppl 7: 718-24.
13. Metzger DS, Davis RF, O'Brien C. Substance Abuse Disorder In: B. Spilker, editor. Quality of life and Pharmacoeconomics in clinical Trials. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 831-37.
14. Longabaugh R, Mattson ME, Connors GJ. Quality of Life as an Outcome Variable in Alcoholism Treatment Research. J Stud Alcohol 1994; 12: 119-29.
15. THE WHOQOL GROUP. The Development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY E KUYEN W Editors. Quality of life assessment International Perspectives. Proceedings of The Joint-Meeting Organized by The World Health Organization and the Foundation IPSEN; 1993 July; Paris:1993. p. 41-57.
16. Power M, Bullinger M, Harper H. The World Health Organization WHOQOL –100. Test of the Universality oh Quality of Life in 15 Different Cultural Groups Worldwide. Health Psychology 1999;18 Suppl 5: 495-05.

17. Holcomb H, Parker JC, Leong GB. Outcomes of Inpatients Treated on a VA Psychiatric Unit and A Substance Abuse Treatment Unit. *Psychiatric Services* 1997;18 Suppl 5: 699-04.
18. Russo J, Byrne PR, Reder D, Alexander M, O'Connor EDD, Dagadakis C, et al. Longitudinal Assessment of Quality of Life in Acute Psychiatric Inpatients: Reability and Validity. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1997; 185 Suppl 3: 166-75.
19. Spitzer RI, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JBW, deGruy FV, et al . Health Related Quality of Life in Primary Care Patients with Mental Disorders. *JAMA* 1995; 274 Suppl 19: 1511-17.
20. Schipper H, Clinch J, Olweny CLM. Quality of Life Studies : Definitions and Conceptual Issues In: Spilker B. editor. *Quality of life and Pharmaeconomics in clinical Trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 11-23.
21. Patience D, Bucxton M, Shick J, Howlett H, McKenna M, Ritson B. The SECCAT Survey: II The Alcohol Related Problems Questionnaire as a Proxy for Resource Costs and Quality of Life in Alcoholism Treatment. *Alcohol and Alcoholism* 1997;32 Suppl 1: 79-84.
22. Volk RJ, Cantor SB, Steinbauer JR, Cass AR. Alcohol Use Disorders, Consumption Patterns And Health-Related Quality Of Life Of Primary Care Patients. *Alcohol Clin Exp Res*1997;21 Suppl 5: 889-05.
23. Folstein Mf , Folstein SE, McHugh. "Mini-mental State" A Practical Method for Grading The Cognitive State of Patients For the Clinician. *J Psychiatr Res*;1975; 12: 189
24. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Bras Psiquiatr* 2000; 22 Suppl 3:106-15.

25. Pechansky F, Soibelman M, Goldin JR. Modificações no Escore do Questionário SADD após Aplicações Repetidas. ABP – APAL 1989; 11 Suppl 1: 25-8.
26. Pechansky F. Avaliação da Severidade da Dependência do Álcool: Problemas Relacionados a Padrões Objetivos e Subjetivos de Estimativa. R Psiquiatr. RS 1990;12 Suppl 3:196-201.
27. Pechansky F, Soibelman M, Jacques SMC. Estimativas Para a Severidade da Dependência do Álcool e Possibilidade de Melhora: Discordância entre Pacientes e Psiquiatras. R. Psiquiatr. RS 1994;16 Suppl 3: 196-201.
28. Jorge MR, Masur J. The use of Short-Form Alcohol Dependence Data questionnaire (SADD) in Brazilian alcoholic patients. Br J Adict 1985; 80: 301-5.
29. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL 100). Rev.Saúde Pública 1999; 33 Suppl 2:198-05.
30. THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From the World Health Organization. Soc Sci Med 1995;10:1403-09.
31. THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): The WHOQOL Bref: Introduction and Scoring, Field Trial Version;1996.
32. Ware JE . The SF 36 Health Survey. Issues In: Spilker B. editor. Quality of life and Pharmacoeconomics in clinical Trials. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 337-45.

- 33.** Marder SR. Psychiatric Rating Scales In Kaplan H, Sadock B editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 619-36.
- 34.** Foster JH, Powell EJ, Marshall TJ. Quality of Life in alcohol-dependent subjects - a review. *Quality of Life Research* 1999; 8:255-61.
- 35.** Daeppen JB, Krieg MA, Burnand B, Yersin B. MOS-SF-36 in Evaluating Health-Related Quality of Life in Alcohol - dependent Patients. *Am. J. Alcohol Drug Abuse* 1998;24 Suppl 4: 685-94.
- 36.** Romeis JC; Watermann B, Scherrer JF, Goldberg J, Eisen SA, Heat AC, et.al. The Impact of Sociodemographics, Comorbidity and Symptom Recency on Health – Related Quality of Life in Alcoholics. *J. OF Studies on Alcohol* 1999; 60:653-62.
- 37.** Foster JH, Peters TJ, Marshall EI. Quality of life measures and outcome in alcohol –dependent men and women. *Alcohol* 2000, 22: 45-52.
- 38.** McLellan T, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 1980, 168: 26-33.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 2

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS DADOS DEMOGRÁFICOS

ANEXO 3

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

ANEXO 4

**MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC
INTERVIEW**

ANEXO 5

**WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY
OF LIFE – BREF - WHOQOL**

ANEXO 6

**MEDICAL OUTCOMES STUDY SHORT - FORM (SF-
36)**

ANEXO 7

SYMPTOMS CHECKLIST - SCL 90

ANEXO 8

**SHORT- FORM ALCOHOL DEPENDENCE DATA -
SADD**