

*A QUALIDADE DE VIDA DE
DEPENDENTES DE ÁLCOOL*

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

*A QUALIDADE DE VIDA DE
DEPENDENTES DE ÁLCOOL*

CAROLINA MENEZES

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Saúde Coletiva,
área de Saúde Pública, da Faculdade
de Medicina de Botucatu-Unesp, para
obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Ivete Dalben

Botucatu – SP
2006

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Menezes, Carolina.

A qualidade de vida de dependentes de álcool / Carolina Menezes. –
Botucatu : [s.n.], 2006.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista, 2006.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Ivete Dalben

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde coletiva. 2. Saúde pública. 3. Alcoolismo. 4. Qualidade de vida.

CDD 362.1

Palavras chave: Alcoolismo; Gênero; Qualidade de vida.

Aos pacientes e suas famílias

Agradecimentos

Agradeço inicialmente à profa. Ivete que me acompanhou com paciência e sabedoria nesta etapa importante de minha vida profissional.

À minha família, especialmente minha mãe, minha avozinha e meu marido pelo apoio e incentivo em todos os momentos.

À Maria Odete Simão pela sua disponibilidade e generosidade.

À secretária do ambulatório, Maria, pela sua prontidão e delicadeza.

Ao Rogério pela ajuda na hora certa.

Sumário

INTRODUÇÃO	07
O problema do alcoolismo no Brasil	08
Diferenças entre homens e mulheres	11
O alcoolismo como um problema de saúde pública	13
A qualidade de vida como parâmetro de avaliação de atendimentos prestados	18
OBJETIVOS	25
Geral	26
Específicos	26
SUJEITOS E MÉTODO	27
Sujeitos	28
Instrumentos	28
Local de Estudo	29
Procedimentos	30
Análise estatística	30
RESULTADOS	32
DISCUSSÃO	43
Perfil dos sujeitos participantes	44
A qualidade de vida dos dependentes de álcool	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60
ABSTRACT	67
ANEXOS	68

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade de vida de dependentes de álcool segundo gênero, gravidade da dependência no momento da entrevista e tempo de abstinência. Entrevistou-se 86 pacientes em acompanhamento no Programa de Tratamento do Alcoolismo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Foram coletadas informações referentes aos dados sócio-demográficos e econômicos, à data de caso novo na Psiquiatria, à idade em que o indivíduo começou a beber e ao seu estado atual de abstinência, e aplicados dois instrumentos: o SADD, para determinação da gravidade da dependência e o SF-36 para avaliação da qualidade de vida. A amostra final compôs-se de 70 homens e 16 mulheres, com média de idade de 45 anos, 55,8% casados/amasiados, 70,9% cursaram até o ensino fundamental, 72,1% estavam inativos. As mulheres iniciaram no alcoolismo mais tardiamente que os homens. O tempo médio de seguimento no programa foi 24 meses e no momento da entrevista, 77,9% estavam abstinentes, com 83,7% apresentando dependência leve pelo SADD. Os resultados mostraram que: 1) A qualidade de vida dos dependentes de álcool, homens e mulheres, está prejudicada principalmente no que se refere ao *aspecto físico* e à *saúde mental* 2) As mulheres têm qualidade de vida inferior aos homens em todas as dimensões do SF-36, com diferenças estatisticamente significativas em *dor*, *vitalidade* e *saúde mental*. 3) Os dependentes moderados e/ou graves apresentaram qualidade de vida inferior aos dependentes leves em *aspecto físico*, *estado geral de saúde*, *vitalidade*, *aspecto social* e *saúde mental*. 4) Os não abstinentes apresentaram qualidade de vida inferior aos abstinentes em *aspecto físico*, *aspecto social* e *saúde mental*.

Palavras-chave: alcoolismo; qualidade de vida; gênero.

Lista de tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos dados sócio-demográficos dos sujeitos da pesquisa de acordo com o sexo	33
Tabela 2 – Dados referentes à dependência do álcool	35
Tabela 3 – Medidas descritivas de posição dos sujeitos, independente do sexo, nas dimensões do SF-36.	37
Tabela 4 – Medidas descritivas dos grupos de homens e mulheres nas dimensões do SF-36	38
Tabela 5 – Desempenho dos sujeitos, independente do sexo, nas dimensões do SF-36 de acordo com o grau de dependência no momento da entrevista.	39
Tabela 6 – Desempenho das mulheres nas dimensões do SF-36 em relação ao grau de dependência no momento da entrevista.	40
Tabela 7 - Desempenho dos sujeitos, independente do sexo, nas dimensões do SF-36 de acordo com o tempo de abstinência.	41
Tabela 8 - Comparação do desempenho dos alcoolistas nas dimensões do SF-36 com pacientes portadores de outras condições patológicas investigadas pelo mesmo instrumento.	51
Tabela 9 - Comparação da qualidade de vida, pelas dimensões do SF-36, entre mulheres alcoolistas, portadoras de osteoporose e fibromialgia e grupo controle de PAGANO <i>et al.</i> (2004).	52

Introdução

O problema do alcoolismo no Brasil

Desde o século XX o alcoolismo tem emergido como um problema de implicações globais à saúde. Nos países ocidentais 50% ou mais dos adultos podem ser classificados como consumidores de álcool. Para a maioria das pessoas, beber é seguro, uma experiência agradável com mínimas conseqüências à saúde. Entretanto, cerca de 10% dos consumidores de álcool experimentarão, em algum momento, sérios problemas de saúde relacionados ao hábito de beber (LOWENFELS, 2000).

No Brasil, os problemas relacionados com o abuso e dependência do álcool vêm recebendo atenção crescente, porém não devem ser encarados como uma preocupação recente. No início do século XX, o Brasil tinha uma população rural em torno de vinte milhões de pessoas. Grande parte dela enfraquecida pela malária, doença de Chagas, tuberculose, parasitas intestinais, subnutrição e alcoolismo. *Jeca Tatu*, personagem criado por Monteiro Lobato em 1914, tornou-se o símbolo do caboclo brasileiro: um homem fraco e desanimado, que bebia pinga para esquecer as desgraças da vida e cujas enfermidades o impediam de participar no esforço de fazer o Brasil progredir (BERTOLLI FILHO, 1996).

Atualmente o problema continua em evidência. Meloni e Laranjeira (2004) afirmam que o consumo de álcool é o mais grave dentre os principais problemas de saúde pública no Brasil da atualidade, posto ser este o fator determinante de mais de 10% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida neste país.

Destaca-se o potencial de riscos envolvendo a produção e o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil quando se observa que o país, com sua cachaça, encontra-se na quarta colocação na ordem dos maiores produtores de destilados do mundo, com números em torno de 200 milhões de litros

comercializados ao ano, sendo 195 milhões consumidos no mercado interno (MELONI e LARANJEIRA, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o consumo de álcool no Brasil no ano de 2000 foi de 4,79 litros por pessoa, sendo que índices maiores foram registrados nos cinco anos anteriores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004a). Baseado em dados de fontes diversas referentes aos anos de 1998, 1997 e 1994 a OMS registra um consumo *per capita* de álcool puro (litros) por adulto acima de 15 anos de idade no Brasil de 5,57 litros, ranqueando o Brasil no 62º lugar na classificação dos países em transição e em desenvolvimento. Apesar de este dado ser baseado em registros oficiais, não foram ajustados em relação a contrabando, consumo doméstico, consumo além-mar, álcool produzido e comercializado clandestinamente entre outros aspectos. Estima-se que *no Brasil o consumo real seja mais de 2,5 vezes maior que o consumo oficial.* (BUNING, 2004a)

Buning (2004a) cita um trabalho realizado por Dunn & Laranjeira (1996) em que os autores atualizaram o dado oficial de 5,07 litros de consumo de álcool *per capita* por adulto acima de 15 anos para 14,01 litros, levando em consideração a estimativa do governo de que um bilhão de litros de pinga são produzidos sem permissão.

Galduróz et al. (2003) compararam os principais resultados de dois levantamentos domiciliares sobre o uso de drogas psicotrópicas realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), no estado de São Paulo, nos anos de 1999 e 2001. As amostras foram constituídas por pessoas pertencentes à faixa etária de 12 a 65 anos e todas as cidades do estado com mais de 200 mil habitantes participaram da pesquisa, entre elas Bauru, Campinas Franca e Ribeirão Preto. Foram realizadas 2.411 entrevistas em 1999 e, em 2001, 2.404. Os resultados mostraram que houve aumento significativo do *uso na vida* de álcool juntamente com o tabaco na comparação entre os dois anos com aumento também do número de dependentes de álcool. Os autores comentam que este

resultado pode estar refletindo a forte campanha para o uso de bebidas alcoólicas, principalmente para as cervejas, com propagandas que chamam a atenção tanto das crianças quanto da juventude e dos adultos, de homens e mulheres, e concluem que as drogas lícitas continuam sendo um grande problema de saúde pública em nosso país e que as campanhas de prevenção deveriam levar este aspecto em consideração.

Gorgulho (2004) faz uma reflexão interessante acerca do papel da mídia na questão do álcool. Ela afirma que:

“Apesar do consumo de álcool ser um dos comportamentos mais antigos da humanidade, ainda anterior a 6 mil a.C, parece que os homens ainda não aprenderam a lidar com essa substância. ... Essa situação parece ser o resultado das mensagens contraditórias direcionadas ao público. Por um lado, o álcool é visto como uma importante questão de saúde pública e, de outro, a mídia encoraja as pessoas a usarem álcool sem preocupar-se com o esclarecimento dos sérios riscos que esse comportamento pode causar. O poder da mídia, como um meio de comunicação comercial (TV, cinema, outdoors, rádio, jornais, revistas), patrocinador e promotor de eventos, e comunicador através da internet, já é bastante conhecido. Diz-se ser esta uma maneira de informar o público geral sobre os produtos disponíveis. Mas, ao mesmo tempo, não se pode negar que é, também, a maneira usada pelas indústrias para vender seus produtos.” (pp.103 e 104)

Carlini et al. (2002), em obra de publicação do estudo citado anteriormente (I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil), constatam que a prevalência de pessoas que afirmaram terem visto frequentemente alguém “bêbado” nas vizinhanças, nos últimos 30 dias, foi de cerca de 60% da amostra estudada. A estimativa é de 2.827.000 habitantes.

Apesar do intenso trabalho da mídia na divulgação de bebidas alcoólicas, em relação à opinião dos entrevistados quanto aos riscos de beber, cerca da metade das pessoas consideraram um *risco grave* beber um ou dois

drinks por semana e quase a totalidade delas, cerca de 95%, considera um risco grave para a saúde beber todos os dias. (CARLINI *et al.*, 2002)

Diferenças entre homens e mulheres

Em muitos estudos sobre o alcoolismo fica evidenciada a maior representatividade dos homens, especialmente nos programas de tratamento. Leal e Garcia (2004) analisaram o perfil dos membros dos grupos dos Alcoólicos Anônimos (AA) existentes na Grande Vitória – ES, envolvendo 289 sujeitos. O predomínio foi de indivíduos do sexo masculino, correspondendo a 91,7%. Ribeiro *et al.* (2004), avaliando a adesão de alcoolistas ao Programa Ambulatorial de Atenção a Dependentes Químicos do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora trabalhou com uma amostra de 175 pacientes, onde 89,1% eram homens.

Simão *et al.* (1996) analisaram as diferenças entre homens e mulheres dependentes de álcool atendidos em serviço de saúde de Botucatu e dos 164 sujeitos que compuseram a amostra, 107 eram homens e 57 mulheres.

Whiteman, Hoffman e Goldfrank (2000) descreveram a epidemiologia do alcoolismo em pacientes do setor de emergência de um grande hospital municipal dos Estados Unidos. Dos 2432 pacientes que estavam aptos a responder as questões do teste CAGE, 588 (24%) estavam alcoolizados, respondendo afirmativamente a pelo menos duas das questões do instrumento. Destes, 88% eram do sexo masculino.

No Brasil, um estudo de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas, representativas de São Paulo, Brasília e Porto Alegre, indicou que a prevalência combinada de abuso e dependência de álcool ao longo da vida seria de 15 a 16% entre os homens e 0 a 2,5% entre as mulheres (ALMEIDA FILHO *et al.*, 1997). Collins e McNair (2002) afirmam que existem diferenças biológicas no metabolismo do álcool que protegem as mulheres de problemas

mais extensos com o álcool. A menor quantidade de água corpórea para o álcool dissolver e a menor quantidade de enzimas que metabolizam o álcool nas mulheres significa que a substância estará mais concentrada nelas, ou seja, as mulheres requerem 40% menos álcool que os homens para produzir o mesmo nível de intoxicação. Além disso, as mulheres podem beber menos ou até mesmo abster-se quando grávidas, seja por causa dos efeitos do álcool no feto ou porque a gravidez confere ao álcool um sabor indesejável. Por último, os autores consideram que a demanda pelo papel da mulher na vida familiar também pode desencorajá-la a beber.

Apesar disso, um estudo realizado por Foster, Peters e Marshall (2000) com objetivo de avaliar a qualidade de vida entre homens e mulheres alcoolistas, mostrou que elas apresentam maiores níveis de incapacidade que os homens em todas as dimensões do instrumento utilizado, especialmente em relação à mobilidade física, apresentando pontuações mais baixas nos índices de qualidade de vida. Os autores justificam os resultados afirmando que as mulheres estão particularmente mais vulneráveis aos efeitos crônicos do álcool e, por isso acabam procurando os serviços relativamente mais cedo que os homens, porém com o mesmo estágio de complicações que eles.

Além das diferenças nos aspectos físicos, homens e mulheres apresentam diferenças psicológicas referentes aos motivos que os levam a beber. As mulheres relatam mais comumente que a bebida as ajuda a resolver seus problemas interpessoais no lar ou no ambiente de trabalho, além fazê-las se sentirem mais otimistas em relação à vida, facilitando também a melhor expressão de seus sentimentos. Já para os homens, a bebida os ajuda a ficar mais divertidos e espirituosos, e se aproximar do sexo oposto. (HOLMILA e RAITASALO, 2005).

O alcoolismo como um problema de saúde pública

O abuso e a dependência de álcool, chamados habitualmente de alcoolismo são, de longe, os transtornos mais comuns relacionados a substâncias (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997) e levam a uma variedade de conseqüências negativas para a saúde de forma aguda ou crônica, podendo inclusive matar direta ou indiretamente, além de afetar marcadamente a produtividade no trabalho, as interações familiares e o desempenho escolar (REHM *et al.*, 2002; UNITED STATES, 2000).

A OMS sugere o termo “consumo prejudicial” para os conceitos usados hoje, como “abuso de álcool”, “uso prejudicial de álcool” ou “problemas relacionados ao álcool” (OSIATYNSKA, 2004).

A morte e a incapacidade relacionadas ao uso indevido do álcool são responsáveis por gastos maiores com a saúde que aqueles relacionados ao tabaco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004b).

Meloni e Laranjeira (2004) reportam um estudo realizado por Rehen *et al.* (2003) em que os pesquisadores calcularam o risco atribuível ao álcool nos diversos tipos de doença e também a influência direta do mesmo na determinação da mortalidade, chegando aos seguintes resultados: 5,6% de todas as mortes que ocorrem no planeta na população masculina são atribuíveis ao consumo de álcool e 0,6% das mortes ocorridas entre as mulheres, concluindo-se que 3,2% da mortalidade global é determinada pelo álcool.

Os mesmos autores chamam a atenção para o fato de que o peso global dos problemas de saúde relacionados ao consumo de álcool atingiu, em 2000, o valor equivalente a 4% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida no planeta naquele ano, indicando uma tendência de ascensão – levando-se em conta o valor estimado para 1990 (3,5%).

A OMS (2004a) também faz referência à tendência crescente que há atualmente de se avaliar a contribuição do consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas à carga global das doenças. A primeira tentativa importante teve lugar no âmbito do projeto da OMS sobre carga global das doenças e traumatismos num estudo realizado por Murray e Lopez (1996) – *Global health statistics. Global burden of disease and injury series*. Com base num padrão de medida conhecido como Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY), avaliou-se a carga imposta à sociedade por mortes prematuras e anos vividos com incapacidades.

O projeto mostrou que o tabaco e o álcool eram causas importantes de mortalidade e incapacidade em países desenvolvidos. Entre os dez principais fatores de risco, em termos da carga das doenças evitáveis, o tabaco era o quarto e o álcool o quinto em 2000, e continuam no alto da lista nas previsões para 2010 e 2020. O tabaco e o álcool contribuíram com 4,1% e 4,0%, respectivamente, para a carga das doenças em 2000, enquanto as substâncias ilícitas contribuíram com 0,8%. Os resultados realçam o fato que a maior parte dos problemas de saúde no mundo é devida mais a substâncias lícitas do que ilícitas.

Neste mesmo projeto, os autores calcularam que, em 1990, em escala mundial, mais de 47 milhões de anos de vida perdidos por incapacitação poderiam ser atribuídos ao consumo de álcool. Este número equivale aos anos de vida perdidos atribuídos à prática de sexo sem proteção.

Estas estatísticas se refletem na dinâmica dos serviços de saúde. O ex-ministro da Saúde, Humberto Costa (2004), afirma que *“na população dos hospitais psiquiátricos brasileiros, quase um quarto dos pacientes foram internados por transtornos ligados ao consumo do álcool, e em torno de 40% apresentam o consumo prejudicial de álcool como parte do quadro clínico”*.

Isso porque o consumo prejudicial de álcool pode levar em longo prazo a uma série de complicações envolvendo diversos órgãos e sistemas do organismo de quem bebe como fígado, sistema digestivo, circulatório, endócrino, imunológico, deficiências nutricionais, disfunção sexual, câncer. Em curto prazo, danos imediatos ou percebidos após embriaguez aguda incluem gravidez indesejada e doenças sexualmente transmitidas após sexo sem proteção, acidentes automobilísticos, suicídio, envenenamento não intencional entre outros. Além disso, devem-se levar em consideração os problemas psiquiátricos e psicológicos como os quadros psicóticos agudos, mudanças de personalidade, perda de interesses, diminuição de motivação social, perda da capacidade de planejamento e organização, entre outros (OSIATYNSKA, 2004; BUNING, 2004b).

Costa (2004) destaca que em mais da metade dos casos de acidentes automobilísticos ocorridos no Brasil o motorista havia feito uso do álcool. Também as vítimas de atropelamentos, em metade dos casos se encontravam nestas condições, além dos acidentes de trabalho, acidentes domésticas e várias outras situações que estariam relacionadas à ingestão prévia de álcool.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) afirmam que cerca de 200.000 mortes a cada ano, nos Estados Unidos, estão diretamente relacionadas ao abuso de álcool, sendo as causas mais comuns de transtornos relacionados ao álcool o suicídio, o câncer, cardiopatias e doenças hepáticas. Além disso, cerca de metade de todos os acidentes automobilísticos com vítimas fatais envolvem um motorista embriagado e cerca de 50% de todos os homicídios estão associados ao uso do álcool e transtornos relacionados ao álcool.

Além dos problemas de saúde, destacam-se também problemas sociais relacionados ao álcool tais como: vandalismo, desordem pública, problemas familiares, como conflitos conjugais e divórcio, abuso de menores, problemas interpessoais (violência), financeiros e ocupacionais, que não os de saúde ocupacional, dificuldades educacionais e custos sociais (MELONI e LARANJEIRA, 2003).

Carlini et al. (2002) apontam resultados preocupantes sobre as complicações decorrentes do uso de álcool e de drogas:

- 2,0% dos entrevistados pelos autores (uma população estimada de 932.000 pessoas) já se envolveu em acidentes de trânsito quando estava com o nível de consciência alterado pelo uso de substâncias psicotrópicas.
- 1,0% (uma população estimada de 449.000 pessoas) experimentaram complicações decorrentes do uso de álcool e de drogas no trabalho
- 3,3% (uma população estimada de 1.543.000 pessoas) relatam quedas sofridas quando estavam sob o efeito de alguma droga.
- 2,4% (uma população estimada de 1.109.000 pessoas) já feriram alguém sob efeito de alguma droga psicotrópica e cerca de 3,0% (1.112.000 pessoas) já se feriram.
- 1,8% (população estimada em 841.000 de pessoas) referem agressões praticadas sob efeito de drogas.
- 5,0% (população estimada de 2.330.000 de pessoas) afirmaram já terem discutido quando estavam sob efeito de alguma substância psicotrópica

Em todas as complicações citadas os homens estavam mais envolvidos que as mulheres.

Noto *et al.* (2002) analisaram as internações hospitalares decorrentes do uso de psicotrópicos no Brasil ao longo dos anos de 1988 até 1999, mostrando que no período todo, das 726.429 internações, o álcool foi responsável por cerca de 90%. Especificamente no ano de 1999, o último período analisado, foi notificado 44.680 internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas, das quais 84,5% por álcool. Em todos os anos analisados, a proporção de homens foi muito superior à de mulheres, numa relação de cerca de 15:1 para o álcool. Os autores comentam a possibilidade de que as mulheres, embora apresentem sinais de dependência, buscam tratamento com menor frequência ou tem um consumo menos intenso, resultando nos índices menores de internação.

Kerr-Corrêa *et al.* (1993) investigaram a possível associação entre traumas/lesões e fraturas (TL) e doenças do aparelho digestivo (DAD) com doenças psiquiátricas, especialmente o alcoolismo. O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP por meio da avaliação do prontuário de 519 pacientes. Os autores concluíram que o abuso ou dependência de álcool estavam significativamente envolvidos com os TL e DAD, ambos mais freqüentes em homens. A anotação do envolvimento de álcool estava registrada em 12% dos casos de internação por TL e 17% dos casos de DAD. Entretanto, anotações extras de abuso e/ou dependência de álcool foi observado em 25% dos casos de TL e 56% dos casos de DAD. Os autores chamam a atenção para o fato de que, apesar da Psiquiatria ter sido chamada poucas vezes (7%), ela poderia ter sido útil em pelo menos 23% dos casos, sugerindo que neste hospital o alcoolismo ainda não era considerado como doença ou, caso contrário, seria visto como uma doença incurável já que os casos não foram encaminhados para o atendimento adequado.

A porcentagem de pessoas que já passaram por algum tratamento por causa do álcool e/ou drogas equivale a uma população estimada de 316.000 pessoas para o sexo masculino na faixa etária dos 18 aos 24 anos. Na população geral, acima de 12 anos de ambos os sexos a estimativa é de 1.900.00 pessoas. (CARLINI *et al.*, 2002)

Um estudo realizado por Osinaga e Furegatto em 2004 teve por objetivo conhecer a opinião dos usuários de álcool e drogas e suas famílias a respeito da doença mental, dos tratamentos e da assistência recebida nas instituições psiquiátricas. A pesquisa foi realizada no Hospital Espírita de Pelotas/RS e no Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul/RS com 46 usuários de álcool e drogas e 19 familiares que responderam a 30 das 56 questões da Escala de Medida de Opinião (EMO). Da amostra estudada, 91,3% dos usuários e 89,4% dos familiares concordaram que “*nos primeiros sinais de alteração, se a pessoa tivesse atendimento adequado, muitos casos psiquiátricos seriam evitados*”, além disso, houve acordo de 89,4% dos

familiares e 82,6% dos usuários na afirmativa “o profissional, em qualquer especialidade, tem que saber tratar a pessoa que tem problemas psiquiátricos”.

A qualidade de vida como parâmetro de avaliação de atendimentos prestados

Muito se evoluiu no campo da saúde mental em relação às práticas desenvolvidas pelos serviços de saúde no Brasil, incluindo a assistência prestada aos dependentes de substâncias psicoativas.

Atualmente reconhece-se, por exemplo, que a internação em hospitais psiquiátricos apresenta inúmeras desvantagens para a recuperação de pacientes dependentes de álcool, contribuindo para sua estigmatização e isolamento social, o que levou à profundas transformações, nas últimas décadas, no sentido de evoluir de um modelo centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificada de base territorial comunitária, por meio de uma rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social de seus usuários (COSTA, 2004; NOTO *et al.*, 2002).

Apesar de todas as transformações, pouco tem se investigado a respeito da efetividade dos atendimentos prestados a indivíduos portadores de transtornos mentais, incluindo os dependentes de substâncias psicoativas, entre elas o álcool. Entretanto, em se tratando desta população, que parâmetros deveriam ser considerados no momento de se avaliar a eficácia/efetividade de um Programa de tratamento? Usualmente os instrumentos utilizados para este objetivo têm como foco a severidade da dependência, a motivação para mudar, a mensuração da depressão, da ansiedade e de outros sintomas psicológicos (DAEPPEN *et al.* 1998). Deve-se considerar, entretanto, as múltiplas implicações que o abuso ou dependência do álcool podem trazer em diversos aspectos da vida de um indivíduo.

Bandeira *et al.* (2002), por exemplo, avaliaram a eficácia terapêutica do programa de atendimento do Núcleo de Ensino e Pesquisa sobre Alcoolismo de um Hospital Psiquiátrico de Minas Gerais com relação a cinco variáveis: gravidade do alcoolismo, quantidade e frequência da ingestão de álcool, frequência de episódios de agressividade verbal e frequência de conflitos conjugais.

Muitos pesquisadores têm examinado a relação entre o volume de álcool consumido e a mortalidade, morbidade ou a combinação de ambos (JAKOVLJEVIC *et al.*, 2004; BELLO, SAAVEDRA e SERRA, 2003; MITIC e GRESCHNER, 2002; RAMOS, 2002; REHM *et al.*, 2002; LÓPEZ *et al.*, 2001; THOMAS e ROCKWOOD, 2001; MILLER, 1999; COTRIM *et al.*, 1998; RIVARA *et al.*, 1997; PUENTES *et al.*, 1996; LANZ e COTO, 1992; CENTERS FOR DISEASE CONTROL, 1990). Menos freqüentemente encontram-se estudos que analisam os efeitos do consumo de álcool associados à incapacidade ou dimensões da qualidade de vida (PAYÁ *et al.*, 2002; REHM *et al.*, 1997), apesar de sua larga utilização em avaliações de várias outras condições clínicas (DAEPPEN *et al.* 1998).

O termo qualidade de vida é subjetivo e geralmente envolve o grau de satisfação do indivíduo em dimensões variadas, como: estado físico e capacidade funcional, estado psicológico e bem-estar, interações sociais, fatores econômicos e estado espiritual (FERRAZ e CICONELLI, 2003; FORATTINI, 1992). Gill e Feinstein (1994) afirmam que antes de ser um simples índice de condição de saúde, qualidade de vida é uma percepção individual que representa a maneira pela qual o indivíduo se sente em relação à sua condição de saúde e/ou aspectos não médicos de sua vida. Apesar das tentativas em se definir o termo, um conceito único, claro e universalmente aceito para definir qualidade de vida ainda não existe (FERRAZ e CICONELLI, 2003).

A qualidade de vida relacionada à saúde é um dos modelos teóricos do amplo conceito de qualidade de vida, definido por Parsons (*apud* LIMA, 2002)

como *um estado de capacidade absoluta para a realização das tarefas*. Como pode se observar, neste modelo, o nível de prejuízos ou incapacidades experimentadas pelo paciente são considerados dentro da própria conceituação do termo. Guyat *et al.* (*apud* LIMA, 2002) chegam a considerar como sinônimos os conceitos de estado de saúde, estado funcional e qualidade de vida quando se referem ao domínio saúde.

Foster *et al.* (1999) em trabalho de revisão que teve por objetivo relatar pesquisas publicadas ou em andamento a respeito da qualidade de vida de dependentes de álcool, chegaram à conclusão que, comparado às outras áreas, muito pouco foi publicado sobre o alcoolismo relacionado a temas como qualidade de vida e co-morbidades psiquiátricas; qualidade de vida e condições sociais; qualidade de vida como instrumento de avaliação em programas de tratamento.

Durante a última década, um dos maiores desenvolvimentos no campo de saúde tem sido o reconhecimento da importância da avaliação do ponto de vista do paciente em relação à sua doença. A qualidade de vida é considerada atualmente um possível parâmetro de avaliação de intervenções diagnósticas ou terapêuticas no indivíduo. Passa-se a avaliar a intervenção instituída não somente do ponto de vista clínico, laboratorial e radiográfico, como também do ponto de vista do paciente (FERRAZ e CICONELLI, 2003).

A falta de estudos que relacionam o uso de álcool com incapacidades ou dimensões da qualidade de vida é por um lado surpreendente, uma vez que o primeiro estudo global de morbidade e mortalidade relacionadas ao uso do álcool (MURRAY e LOPEZ, 1996) indica claramente que o álcool causa uma proporção maior de incapacidade que a mortalidade global. Especificamente, o estudo mostra que 1.5 por cento de todas as mortes eram atribuíveis ao álcool, mas seis por cento de todos os anos de vida comprometidos por uma incapacidade era atribuível ao álcool.

Até mesmo em países desenvolvidos, os pesquisadores não investigam dados referentes à incapacidade relacionada ao uso de álcool como é feito com os dados referentes à mortalidade, isto porque a mortalidade é mais fácil de quantificar e os dados registrados são exigidos pela lei (i.e., um certificado de morte deve ser preenchido de um modo unificado) (REHM *et al.*, 2002).

Não há, porém, nenhuma rotina de registro para incapacidades, que permitiria o acesso relativamente fácil a pesquisadores a fim de estudar o vínculo entre uso de álcool e incapacidades. Apesar disso, incapacidades e qualidade de vida têm recebido atenção crescente como resultados subjetivos de saúde e como parte de medidas sumárias de saúde (i.e., medidas que integram efeitos em morbidade, mortalidade, e incapacidade) (REHM *et al.*, 2002).

No que se refere aos efeitos dos programas de tratamento do alcoolismo, embora um número de instrumentos para mensurar o consumo de álcool se encontre disponível, este dado sozinho não reflete a extensão total de mudanças que podem estar associadas com a resposta ao tratamento para o abuso e dependência de álcool (LONGABAUGH *et al.*, 1994).

Todas as formas estudadas para a redução do consumo de álcool estão associadas à melhora na saúde de modo geral, porém as políticas de saúde pública relativas ao álcool não devem estar baseadas apenas na mortalidade. Devem-se considerar todas as conseqüências da ingestão, tais como morbidade, problemas criminais e sociais, bem como qualidade de vida (PAYÁ *et al.*, 2002).

Forattini (1992), considerando o rápido desenvolvimento tecnológico da prática médica, entende a avaliação da qualidade de vida como importante complementação dos estudos de morbidade e mortalidade, e acrescenta que os dados obtidos por meio desta avaliação podem ser interpretados como medidas *objetivas*, ou seja, que se fundamenta em indicadores concretos (como taxa de desemprego) e *subjetivas*, baseadas principalmente em

informações colhidas diretamente dos indivíduos, tais como a satisfação em viver e as condições em que vivem. Muitos dos trabalhos publicados na área médica utilizam-se deste último termo quando se referem à qualidade de vida.

Em revisão de literatura realizada por Lima (2002), a autora descreve os diversos instrumentos publicados para avaliação de qualidade de vida classificando-os nas três categorias a seguir:

- *qualidade de vida geral*: nesta categoria encontram-se instrumentos como o *Satisfaction with Life Domain Scale (SLDS)* e o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, que avaliam a qualidade de vida de maneira global, baseando-se, em geral num referencial social.
- *qualidade de vida ligada à saúde*: neste modelo estão os instrumentos que avaliam o impacto de uma doença na qualidade de vida do indivíduo, valorizando limitações funcionais provocadas pela doença e resposta a tratamentos. Aspectos ambientais e sociais passam para segundo plano. Instrumentos como o *Nottingham Health Profile (NHP)* e o *Medical Outcomes Study – short form (MOS SF-36)* fazem parte desta categoria.
- *qualidade de vida ligada a uma doença específica*: instrumentos que avaliam aspectos da qualidade de vida específicos a uma determinada doença fazem parte desta categoria. O *Beechman Quality of Life Scale (SBQOL0)* e o *Quality of Life Depression Scale (QLDS)* são exemplos na área de Psiquiatria.

Ferraz e Cicconelli (2003) afirmam que, se por um lado, instrumentos genéricos para avaliação do perfil de saúde (o equivalente à segunda categoria descrita pela autora anterior) não permitem o estudo de aspectos particulares de uma determinada patologia, por outro oferecem vantagens como permitir a comparação dos efeitos de intervenção terapêuticas em enfermidades diferentes, além da possibilidade de avaliar modalidades terapêuticas em diversos aspectos da qualidade de vida dos pacientes utilizando-se de um único instrumento, conseqüentemente diminuindo o tempo de avaliação do examinador.

Alguns autores vêm empregando seus esforços no sentido de entender a relação entre a qualidade de vida de dependentes de álcool com a presença de co-morbidades. Rudolf e Priebe (2002) investigaram se a qualidade de vida difere em mulheres com e sem sintomas depressivos que estão em tratamento de desintoxicação e observaram que aquelas que apresentavam sintomas depressivos mostraram uma qualidade de vida subjetiva mais baixa referente à vários domínios da vida, particularmente à situação familiar e na vida como um todo.

Payá *et al.* (2002) discutiram a qualidade de vida dos dependentes de álcool que estavam em tratamento no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Geral e de pacientes do ambulatório especializado no tratamento de dependência química, ambos pertencentes à UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo). Os autores observaram que, os pacientes da gastroenterologia que possuem co-morbidade física foram os que indicaram qualidade de vida inferior, contradizendo dados encontrados na literatura de que dependentes de álcool que apresentam co-morbidade psiquiátrica, sendo os transtornos de personalidade os mais comuns, apresentam queda significativa no grau de qualidade.

Foster, Peters e Marshall (2000) estudaram uma amostra de 82 dependentes de álcool em tratamento de desintoxicação, utilizando como instrumentos o *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)*, *Alcohol Problems Questionnaire (APQ)*, *Rotterdam Symptoms Checklist (RSCL)*, *Life Situation Survey (LSS)*, *Beck Depression Inventory (BDI)*, *General Health Questionnaire (GHQ 12)* e *Nottingham Health Profile (NHP)* com o objetivo de comparar a qualidade de vida, sob vários aspectos, em homens e mulheres atendidos em uma unidade de desintoxicação no momento da admissão e após doze semanas de seguimento. Os autores notaram que mudanças na situação familiar, depressão e reações emocionais estavam significativamente relacionadas à redução no consumo de álcool e todos estes fatores foram

associados a distúrbios afetivos, fornecendo evidências adicionais da ligação entre estes e a qualidade de vida dos dependentes de álcool.

Considerando a importância crescente que a qualidade de vida vêm recebendo como parâmetro de avaliação dos resultados de programas de tratamento em várias áreas e sabendo-se que o alcoolismo leva a modificações profundas na saúde física e mental dos indivíduos, além de alterações em suas interações sociais e familiares, a avaliação da qualidade de vida desta população merece ser considerada, supondo que os dados colhidos sirvam para melhor nortear a escolha das intervenções adotadas em programas terapêuticos para o alcoolismo, bem como para avaliar seus efeitos.

Objetivos

Geral

Avaliar a qualidade de vida dos dependentes de álcool em acompanhamento no Programa de Tratamento do Alcoolismo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMUNESP).

Específicos

Avaliar a qualidade de vida segundo:

- gênero
- gravidade da dependência no momento da entrevista
- tempo de abstinência

Sujeitos e Método

Sujeitos

Participaram deste estudo 86 pacientes, de ambos os sexos, que freqüentaram o Programa de Tratamento do Alcoolismo do HC-FMUNESP, no período de janeiro a dezembro/2005.

Foram excluídos pacientes com diagnóstico primário de dependência de outra substância psicotrópica, sem ser o álcool e o tabaco.

Instrumentos

Durante as entrevistas com os pacientes foram utilizados três instrumentos:

- *Questionário semi-estruturado*: foi realizado uma adaptação do questionário elaborado e utilizado por Simão *et al* (2002), em que 10 questões, 5 abertas e 5 fechadas, foram utilizadas para coletar informações referentes aos dados sócio-demográficos e econômicos, à data de caso novo na Psiquiatria, à idade em que o indivíduo começou a beber e ao seu estado atual de abstinência (Anexo 1).

- *Short Alcohol Dependence Data (SADD)*: utilizado para avaliar o grau de severidade da dependência alcoólica. Este instrumento foi elaborado por Raistrick *et al.* (1983), sendo posteriormente validado no Brasil por Jorge e Mansur (1985) (*apud* Payá *et al.*, 2002) (Anexo 2). O instrumento foi aplicado no momento da entrevista, quando o indivíduo era questionado sobre a presença dos sintomas nos dias atuais e em relação ao período antes de ingressar no Programa. O SAAD presente no prontuário do paciente, na ficha de caso novo, não foi considerado por dois motivos: (1) por não estar preenchido em todos os casos e (2) pelo interesse em conhecer a percepção do próprio paciente em relação à sua dependência antes de ingressar no Programa.

- *Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey (SF-36)*: auto-questionário que investiga o padrão de qualidade de vida mediante uma avaliação genérica da saúde não-específica para determinada doença, idade ou grupo de tratamento. Contém 36 itens que avaliam oito dimensões: *aspectos físicos* (questão quatro), *capacidade funcional* (questão três), *dor*

(questões sete e oito), estado geral de saúde (questões um e onze), aspectos sociais (questão cinco) e emocionais (questão seis), saúde mental (itens b, c, d, f e h da questão nove) e vitalidade (itens a, e, g e i da questão nove). A questão 2 do questionário não pertence a nenhuma das dimensões investigadas pelo instrumento e questiona sobre como o indivíduo classifica sua saúde em geral naquele momento (Anexo 3).

O questionário foi traduzido para a língua portuguesa e validado por Ciconelli *et al.* (1999). Segundo Ware e Sherbourne (1992), esta escala mostrou eficiência nas pesquisas para tratamento do álcool em cuidados primários de saúde, pois a mensuração parece ser sensível à presença de dependência do álcool e de padrões de consumo. A aplicação do questionário, entretanto, foi feita sob a forma de entrevista, considerando que grande parte dos usuários deste serviço são analfabetos ou analfabetos funcionais. Houve o cuidado por parte da entrevistadora de isentar-se de interpretações em relação às perguntas e manter-se em postura neutra diante do entrevistado de forma que este não se sentisse influenciado em suas respostas.

Local de estudo

Em 1978 foi criado no Ambulatório do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (HC-UNESP) o Programa de Alcoolismo com a finalidade de prestar assistência especificamente aos pacientes com diagnóstico de alcoolismo da cidade de Botucatu e região. A exemplo dos procedimentos orientados pelo Ministério da Saúde na abordagem do alcoolismo (BRASIL, 1994), o Programa, ainda hoje, conta com uma equipe, composta por médicos psiquiatras e assistentes sociais, que inicialmente avaliam os pacientes por meio da anamnese clínica, exames laboratoriais e avaliação da gravidade da dependência para diagnóstico do alcoolismo. Estes então são encaminhados para os grupos de tratamento masculino ou feminino. Os grupos contam com atendimentos semanais, quinzenais ou ainda, mensais, dependendo das necessidades de cada indivíduo. Estes atendimentos têm duração de cerca de uma hora e meia em que a questão do alcoolismo, suas implicações sociais, familiares e profissionais são discutidas. Familiares participam do tratamento conjunta ou

separadamente aos grupos. A terapia medicamentosa também faz parte do Programa, além da presença dos indivíduos nos grupos.

Procedimentos

Inicialmente foi solicitada e concedida pela Dra. Florence Kerr-Correa, responsável pelo Ambulatório de Álcool e Drogas, a autorização para a realização da pesquisa entre os participantes do Programa de Tratamento do Alcoolismo do HC- FMUNESP.

O projeto desta pesquisa foi então aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP- Botucatu sob protocolo de número 438/2004.

No dia em que os pacientes compareciam para o atendimento em grupo, eram abordados individualmente e esclarecidos a respeito dos objetivos, riscos e benefícios envolvidos na pesquisa e convidados a participarem respondendo às entrevistas antes ou após o atendimento. Em caso de aceite, após assinarem o Termo de Consentimento, os dados eram coletados utilizando-se os instrumentos já especificados.

Após a coleta de dados, estes foram analisados estatisticamente, para que os resultados fossem discutidos com base em literatura especializada atual.

Análise estatística

Os dados foram digitados em planilha eletrônica do programa estatístico SPSS 11.5. Foram construídas tabelas de freqüência, percentis, as médias foram calculadas e a diferença entre elas foi estabelecida através de análise de variância (one-way ANOVA), quando necessário foi solicitado o teste de Tukey (Post-Hoc). O teste do qui-quadrado foi utilizado para evidenciar a diferença entre variáveis qualitativas. Todos os testes foram bi-caudais e o nível de significância escolhido foi de 5%.

Categorização das variáveis

Devido ao pequeno número de sujeitos encontrados em algumas categorias nas variáveis *estado civil*, *escolaridade* e *abstinência* as mesmas foram reagrupadas desta forma: *estado civil* em *casado* (incluindo a categoria *união livre*) e *solteiro* (incluindo as categorias *viúvo* e *separado*); *escolaridade* em *analfabeto*, *ensino fundamental* (englobando as categorias *primário incompleto*, *primário completo*, *ginásio completo* e *ginásio incompleto*), *ensino médio* (*colegial completo* e *incompleto*) e *ensino superior* (*universitário* e *pós-graduação*); *abstinência* em *abstinente há mais de 6 meses* (incluindo *abstinente há 5 anos ou mais*, *abstinente há 3 anos ou mais*; *abstinente há 1 ano ou mais* e *abstinente há 6 meses ou mais*), *abstinente há menos de 6 meses* (inclui as categorias *abstinente há 3 meses ou mais* e *abstinente há menos que 3 meses*) e *não abstinente* (corresponde às categorias *bebendo menos que antes, mas controladamente*, *bebendo menos que antes mas não por controle próprio*, *bebendo como ou mais que antes* e *bebendo em ocasiões especiais*).

A *ocupação* foi agrupada segundo os grandes Grupos Profissionais e Ocupacionais codificados pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, versão de 1994), um documento elaborado pelo Ministério do Trabalho e Emprego que reconhece, nomeia e codifica os títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro (disponível em www.mteco.gov.br).

Resultados

Durante o período estipulado para coleta de dados, freqüentaram o serviço 97 homens, sendo 70 entrevistados e 23 mulheres, sendo 16 entrevistadas, completando 86 entrevistas realizadas. Houve 34 perdas, quatro por não aceitarem participar da pesquisa, três por serem dependentes de outra droga psicotrópica segundo dados do prontuário e 27 por terem comparecido uma única vez durante o período, inviabilizando a abordagem em outra oportunidade.

Os dados sócio-demográficos dos sujeitos entrevistados podem ser visualizados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos dados sócio-demográficos dos sujeitos da pesquisa de acordo com o sexo

	Total		Homens		Mulheres		$p \leq 0,05^*$
Idade (anos)	45,42 (DP±9,29)		45,44 (DP± 9,11)		45,31 (DP±10,35)		0,96
	%	N	%	N	%	N	
Estado Civil							
Casados	55,8	48	60	42	37,5	6	,088
Solteiros	44,2	38	40	28	62,5	10	
Escolaridade							
Analfabeto	4,7	4	5,7	4	-	-	0,62
Ensino fundamental	70,9	61	68,6	48	81,3	13	
Ensino médio	22,1	19	22,9	16	18,8	3	
Superior	2,3	2	2,9	2	-	-	
Previdência social							
Sim	72,1	62	71,4	50	75	12	0,52
Não	27,9	24	28,6	20	25	4	
Ocupação							
Outros	72,1	62	71,4	50	75	12	0,73
Prestação de serviços	14	12	14,3	10	12,5	2	
Grupos industriais	9,3	8	10	7	6,3	1	
Técnicos, científicos e artistas	3,5	3	2,9	2	6,3	1	
Agrícolas	1,2	1	1,4	1	-	-	
Renda per capita (reais)	370,29		376,73		342,08		

* Teste *qui-quadrado*

A média de idade dos homens entrevistados foi de 45,44 anos e das mulheres, 45,31 anos. Não houve diferença significativa entre os grupos neste aspecto.

Em relação ao estado civil dos sujeitos, a maior parte dos homens, 60% (n=42) encontram-se na categoria *casados*, enquanto que a maior parte das mulheres entrevistadas, 62,5% (n=10) vive sem companheiro. A diferença entre os grupos, entretanto, não é significativa.

Cursaram até o ensino fundamental a maior parte dos homens, 68,6% (n=48), e das mulheres, 81,3% (n=13). Analfabetos e indivíduos com nível universitário foram encontrados apenas no grupo dos homens, e corresponderam a 5,7% e 2,9% dos entrevistados respectivamente. Também a diferença de escolaridade entre homens e mulheres não foi estatisticamente significativa.

Contribuem ou recebem da previdência social a maioria dos sujeitos entrevistados, 71,4% dos homens e 75% das mulheres. Grande parte dos sujeitos deste estudo, 72,1% (n=62) encontrava-se afastados, desempregados ou aposentados no momento da entrevista. Doze indivíduos (14%) estavam trabalhando como prestadores de serviço (como empregadas domésticas, vigias, motoristas e copeiras), 9,3% trabalhavam em ocupações de grupos industriais (como eletricitas, marceneiro, costureira e laminador), e outras ocupações encontradas nos grupos agrícola e técnicos/científicos, corresponderam a 4,7% dos sujeitos.

Não houve diferença significativa entre homens e mulheres em relação à renda *per capita*, que foi de 376,73 reais para os homens e 342,08 reais para as mulheres.

Em geral os homens começaram a beber mais cedo que as mulheres, em média aos 18 anos e as mulheres aos 29 anos. No momento da entrevista, 32,6% (n=28) dos sujeitos estavam abstinentes há mais de seis meses, 45,3%

(n=39) há menos de seis meses e 22,1% (n=19) continuavam a beber mesmo que de forma mais controlada.

Não houve diferença entre homens e mulheres em relação ao tempo de seguimento no Programa. Os homens estavam, em média há 23,7 meses em acompanhamento e as mulheres, 26,3 meses. Grande parte dos homens e mulheres, 90% e 100% respectivamente, apresentavam dependência grave ao ingressarem no Programa, de acordo com o SAAD. No momento da entrevista, entretanto apenas 4,3% dos homens e 18,8% das mulheres continuavam a apresentar dependência grave. Os dados referentes à dependência do álcool apresentada pelos sujeitos deste estudo estão representados na Tabela 2.

Tabela 2 – Dados referentes à dependência do álcool

	Total	Homens	Mulheres	p
Idade de iniciação (anos)	20,51 (DP±10)	18,51 (DP± 8)	29,25 (DP±13)	0,00
Estado no momento da entrevista				0,95
Abstinentes há 6 meses ou mais	32,6% (n=28)	32,9%(n=23)	31,3% (n=5)	
Abstinentes há menos de 6 meses	45,3% (n=39)	45,7% (n=32)	43,8% (n=7)	
Não abstinentes	22,1% (n=19)	21,4% (n=15)	25% (n=4)	
Tempo de seguimento (meses)	24,2 (DP±45)	23,7 (DP±48)	26,3 (DP±27)	0,83
SAAD inicial				0,19
Grave	91,9% (n=79)	90% (n=63)	100% (n=16)	
Moderado	8,1% (n=7)	10% (n=7)	-	
Leve	-	-	-	
SAAD entrevista				0,12
Grave	7% (n=6)	4,3% (n=3)	18,8% (n=3)	
Moderado	9,3% (n=8)	10% (n=7)	9,3% (n=8)	
Leve	83,7% (n=72)	85,7% (n=60)	75% (n=12)	

Os dados do SF-36 serão descritos a seguir, considerando todos os participantes, independentes do sexo, para cada uma das oito dimensões investigadas pelo instrumento. O valor máximo e, que indica melhor qualidade de vida em cada dimensão, é 100 e o mínimo, zero.

Capacidade funcional

A média encontrada nesta dimensão foi de 75,52, sendo que 60 foi a pontuação máxima atingida por 25% dos sujeitos e metade deles atingiram até 80 pontos.

Aspecto físico

Os sujeitos pontuaram em média 49,42 nesta dimensão, sendo que 25% deles não pontuaram e 50% fizeram até 50 pontos.

Dor

Os 25% dos sujeitos que tiveram as pontuações mais baixas, fizeram até 31,75 pontos. A mediana foi de 61 e a média, 63,70.

Estado Geral de Saúde

A média encontrada nesta dimensão foi de 59,55 sendo que 37 foi a pontuação máxima atingida por 25% dos sujeitos e metade deles atingiram até 62 pontos.

Vitalidade

Os sujeitos pontuaram em média 55,81 nesta dimensão, sendo que 25% deles fizeram até 35 pontos e 50% até 57,50 pontos.

Aspecto Social

Os 25% dos sujeitos que tiveram as pontuações mais baixas, fizeram até 37,5 pontos. A média foi de 63,51 e a mediana, 62,5.

Aspecto Emocional

A média encontrada foi de 57,5 sendo que 25% dos sujeitos não pontuaram e 50% deles atingiram até 66,67 pontos.

Saúde Mental

A média encontrada nesta dimensão foi de 48,65 sendo que 28 foi a pontuação máxima atingida por 25% dos sujeitos e metade deles atingiram até 44 pontos.

Na Tabela 3 é possível analisar com mais detalhes as medidas descritivas de posição referentes ao desempenho dos sujeitos em cada dimensão do SF-36.

Tabela 3 – Medidas descritivas de posição dos sujeitos, independente do sexo, nas dimensões do SF-36.

		Capacidade funcional	Aspecto Físico	Dor	Estado geral de saúde	Vitalidade	Aspecto Social	Aspecto Emocional	Saúde Mental
N	Válidos	86	86	86	86	86	86	86	86
	Perdas	0	0	0	0	0	0	0	0
Média		75,52	49,42	63,70	59,55	55,81	63,51	57,75	48,65
Moda		100	0(a)	100	72(a)	65	100,00	100	44
Percentil	25	60,00	,00	31,75	37,00	35,00	37,50	,00	28,00
	50	80,00	50,00	61,00	62,00	57,50	62,50	66,67	44,00
	75	95,00	100,00	100,00	80,50	75,00	100,00	100,00	72,00

(a) Modas múltiplas existem. Os menores valores são apresentados.

Quando os sujeitos foram questionados sobre como classificariam sua saúde em geral no momento da entrevista, questão 2 do SF-36, a maioria dos entrevistados, 65,1%, percebeu sua saúde melhor agora, em relação há um ano atrás. Apenas 25,6% deles disseram estar pior.

Analisando separadamente homens e mulheres em relação às dimensões da qualidade de vida investigadas pelo instrumento, observou-se que as mais prejudicadas em ambos os grupos foram *aspecto físico* (52,14 no grupo dos homens e 37,50 no das mulheres) e *saúde mental* (52,11 em homens e 33,50 em mulheres). Importante considerar, entretanto, que em

todas as dimensões as mulheres apresentaram médias mais baixas que os homens com diferenças estatisticamente significantes nas dimensões *dor*, *vitalidade* e *saúde mental*. *Capacidade funcional* foi a dimensão menos prejudicada em ambos os grupos. O desempenho dos dois grupos, homens e mulheres, em todas as dimensões do SF-36 pode ser visualizado na Tabela 4.

Tabela 4 – Medidas descritivas dos grupos de homens e mulheres nas dimensões do SF-36.

		N	Média	Desvio Padrão	p	Intervalo de Confiança para média 95%		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
Capacidade funcional	masculino	70	76,36	25,237	,504	70,34	82,37	0	100
	feminino	16	71,88	17,783		62,40	81,35	35	100
	Total	86	75,52	23,998		70,38	80,67	0	100
Aspecto Físico	masculino	70	52,14	41,210	,201	42,32	61,97	0	100
	feminino	16	37,50	39,791		16,30	58,70	0	100
	Total	86	49,42	41,120		40,60	58,23	0	100
Dor	masculino	70	67,39	31,778	,022	59,81	74,96	10	100
	feminino	16	47,56	24,980		34,25	60,87	22	100
	Total	86	63,70	31,465		56,95	70,44	10	100
Estado geral de saúde	masculino	70	60,93	25,234	,296	54,91	66,95	5	100
	feminino	16	53,50	26,616		39,32	67,68	15	97
	Total	86	59,55	25,502		54,08	65,01	5	100
Vitalidade	masculino	70	59,43	21,895	,004	54,21	64,65	10	100
	feminino	16	40,00	31,358		23,29	56,71	0	95
	Total	86	55,81	24,910		50,47	61,15	0	100
Aspecto Social	masculino	70	64,46	30,665	,559	57,15	71,77	0	100
	feminino	16	59,37	34,003		41,25	77,49	12,50	100
	Total	86	63,51	31,166		56,83	70,19	0	100
Aspecto Emocional	masculino	70	60,48	41,816	,217	50,51	70,45	0	100
	feminino	16	45,83	45,338		21,67	69,99	0	100
	Total	86	57,75	42,603		48,62	66,89	0	100
Saúde Mental	masculino	70	52,11	25,435	,010	46,05	58,18	8	100
	feminino	16	33,50	25,166		20,09	46,91	0	84
	Total	86	48,65	26,268		43,02	54,28	0	100

Relacionando o desempenho dos sujeitos nas dimensões do SF-36, independente do sexo, com o grau de dependência no momento da entrevista (SAAD entrevista), observa-se na Tabela 5 que os domínios que ficaram mais prejudicados em função da dependência foram *aspecto físico*, *estado geral de*

saúde, vitalidade, aspecto social e saúde mental, com piores médias nos indivíduos com dependência grave e/ou moderada.

Tabela 5 – Desempenho dos sujeitos, independente do sexo, nas dimensões do SF-36 de acordo com o grau de dependência no momento da entrevista.

	SAAD entrevista	N	Média	Desvio Padrão	<i>p</i>	Mínimo	Máximo
Capacidade funcional	Leve	72	76,94	24,431		0	100
	Moderada	8	71,88	15,797		45	100
	Grave	6	63,33	27,142		35	100
	Total	86	75,52	23,998	,375	0	100
Aspecto Físico	Leve	72	55,56	40,294		0	100
	Moderada	8	18,75	22,160		0	50
	Grave	6	16,67	40,825		0	100
	Total	86	49,42	41,120	,006	0	100
Dor	Leve	72	65,47	30,987		10	100
	Moderada	8	56,13	29,988		22	100
	Grave	6	52,50	40,624		10	100
	Total	86	63,70	31,465	,489	10	100
Estado geral de saúde	Leve	72	62,78	23,920		12	100
	Moderada	8	42,75	27,473		5	80
	Grave	6	43,17	30,831		5	77
	Total	86	59,55	25,502	,027	5	100
Vitalidade	Leve	72	61,04	21,328		20	100
	Moderada	8	43,75	21,835		5	75
	Grave	6	9,17	13,571		0	35
	Total	86	55,81	24,910	,000	0	100
Aspecto Social	Leve	72	69,79	28,89926		12,50	100,00
	Moderada	8	32,81	16,28088		12,50	62,50
	Grave	6	29,16	28,13657		,00	75,00
	Total	86	63,51	31,16696	,000	,00	100,00
Aspecto Emocional	Leve	72	61,11	42,607		0	100
	Moderada	8	54,17	35,355		0	100
	Grave	6	22,22	40,369		0	100
	Total	86	57,75	42,603	,095	0	100
Saúde Mental	Leve	72	53,56	24,935		8	100
	Moderada	8	32,50	17,029		4	56
	Grave	6	11,33	7,763		0	24
	Total	86	48,65	26,268	,000	0	100

Quando os dados do SF-36 do grupo dos homens são, separadamente do grupo das mulheres, distribuídos de acordo com o grau de dependência no momento da entrevista, diferenças estatisticamente significativas são

encontradas em 5 dos 8 domínios analisados pelo instrumento: *aspecto físico, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social e saúde mental*, com piores médias entre aqueles com dependência grave.

Entre as mulheres não foi possível estabelecer tal relação devido ao pequeno número de sujeitos em cada categoria do SAAD, porém é possível observar, na Tabela 6, diferenças entre dependência leve e grave/moderada especialmente nos domínios *aspecto físico, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental*.

Tabela 6 - Desempenho das mulheres nas dimensões do SF-36 em relação ao grau de dependência no momento da entrevista.

	SAAD entrevista	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade funcional	Leve	12	72,08	15,145	50	95
	Moderada	1	70,00	.	70	70
	Grave	3	71,67	33,292	35	100
	Total	16	71,88	17,783	35	100
Aspecto Físico	Leve	12	41,67	37,437	0	100
	Moderada	1	,00	.	0	0
	Grave	3	33,33	57,735	0	100
	Total	16	37,50	39,791	0	100
Dor	Leve	12	45,58	22,269	22	100
	Moderada	1	31,00	.	31	31
	Grave	3	61,00	39,000	22	100
	Total	16	47,56	24,980	22	100
Estado geral de saúde	Leve	12	56,58	27,007	15	97
	Moderada	1	20,00	.	20	20
	Grave	3	52,33	26,102	25	77
	Total	16	53,50	26,616	15	97
Vitalidade	Leve	12	52,92	24,722	20	95
	Moderada	1	5,00	.	5	5
	Grave	3	,00	,000	0	0
	Total	16	40,00	31,358	0	95
Aspecto Social	Leve	12	68,75	30,84971	12,50	100,00
	Moderada	1	12,50	.	12,50	12,50
	Grave	3	37,50	33,07189	12,50	75,00
	Total	16	59,37	34,00368	12,50	100,00
Aspecto Emocional	Leve	12	52,78	43,712	0	100
	Moderada	1	,00	.	0	0
	Grave	3	33,33	57,735	0	100
	Total	16	45,83	45,338	0	100
Saúde Mental	Leve	12	42,67	22,129	20	84
	Moderada	1	4,00	.	4	4
	Grave	3	6,67	6,110	0	12
	Total	16	33,50	25,166	0	84

Quando os dados do SF-36 foram relacionados com a variável *abstinência*, observaram-se diferenças significativas nos domínios *aspecto físico*, *aspecto social* e *saúde mental* com médias inferiores nos não abstinentes, conforme dados da Tabela 7.

Tabela 7 – Desempenho dos sujeitos, independente do sexo, nas dimensões do SF-36 de acordo com o tempo de abstinência.

SF-36	Abstinência	N	Média	Desvio padrão	p	Mínimo	Máximo
Capacidade funcional	não abstinente	19	74,47	22,785	,359	35	100
	abstinente menos 6 meses	39	79,36	19,269		35	100
	abstinente mais 6 meses	28	70,89	30,002		0	100
	Total	86	75,52	23,998		0	100
Aspecto Físico	não abstinente	19	27,63	34,253	,029	0	100
	abstinente menos 6 meses	39	57,05	40,535		0	100
	abstinente mais 6 meses	28	53,57	42,336		0	100
	Total	86	49,42	41,120		0	100
Dor	não abstinente	19	64,74	32,397	,981	10	100
	abstinente menos 6 meses	39	63,03	31,353		10	100
	abstinente mais 6 meses	28	63,93	32,128		20	100
	Total	86	63,70	31,465		10	100
Estado geral de saúde	não abstinente	19	55,95	27,232	,772	5	92
	abstinente menos 6 meses	39	60,03	26,461		12	100
	abstinente mais 6 meses	28	61,32	23,555		15	100
	Total	86	59,55	25,502		5	100
Vitalidade	não abstinente	19	46,05	31,692	,154	0	95
	abstinente menos 6 meses	39	58,46	23,288		5	100
	abstinente mais 6 meses	28	58,75	20,844		20	95
	Total	86	55,81	24,910		0	100
Aspecto social	não abstinente	19	42,7632	27,42280	,003	,00	100,00
	abstinente menos 6 meses	39	68,9103	29,50688		12,50	100,00
	abstinente mais 6 meses	28	70,0893	30,68268		12,50	100,00
	Total	86	63,5174	31,16696		,00	100,00

(continua)

Tabela 7 (continuação) – Desempenho dos sujeitos, independente do sexo, nas dimensões do SF-36 de acordo com o tempo de abstinência.

Aspecto Emocional	não abstinente	19	49,12	42,117		0	100
	abstinente menos 6 meses	39	55,56	44,151		0	100
	abstinente mais 6 meses	28	66,67	40,572		0	100
	Total	86	57,75	42,603	,352	0	100
Saúde Mental	não abstinente	19	34,74	24,803		0	84
	abstinente menos 6 meses	39	52,82	23,381		4	92
	abstinente mais 6 meses	28	52,29	28,595		8	100
	Total	86	48,65	26,268	,031	0	100

p teste do qui-quadrado

Discussão

O perfil dos sujeitos participantes

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção da população brasileira por sexo no ano de 2000 foi de 49,22% de homens. Em relação à proporção por grandes grupos de idade, 64,55% da população está na faixa etária dos 15 aos 64 anos de idade. A taxa de analfabetismo em 2003 foi de 11,6%. A maior parte dos homens e mulheres, 60,1% e 56,9% respectivamente, tinha até sete anos de estudo, sendo a maior porcentagem na faixa dos quatro a sete anos, com 32,9% dos homens e 31,4% das mulheres acima de 10 anos de idade. A maior parte das pessoas de 10 ou mais anos de idade que estão ocupadas, 57,2%, tem rendimento de até três salários mínimos. A taxa de desemprego no ano de 2004 foi de 7,1% e a de desocupação 11,5%.

Comparando-se os dados do IBGE para a população brasileira com as características da população deste estudo, observa-se uma maior representatividade dos homens freqüentando o serviço no período estudado, com 81,3% da amostra total de entrevistas respondida por homens. A menor representatividade das mulheres é considerada por Nóbrega e Oliveira (2005) como decorrente da visão bastante agressiva da sociedade frente ao alcoolismo feminino, *“a mulher é considerada imoral, com comportamento inadequado, sofre com a estigmatização e acaba por procurar tratamento com menos freqüência que os homens, o que lhes acarreta mais comprometimentos ao longo do uso”*.

A porcentagem de analfabetos neste estudo foi pequena quando comparada aos dados da população brasileira geral, 4,7%, porém a porcentagem de indivíduos desocupados correspondeu à maior parte da amostra, 72,1%, valor bem superior aos encontrados pelo IBGE. Este dado é um forte indicativo do peso do alcoolismo na vida profissional dos indivíduos.

As características sócio-demográficas dos sujeitos participantes deste estudo são semelhantes às encontradas por outros pesquisadores. Neves *et al.* (1990) na descrição dos resultados de um programa de tratamento de alcoolistas desenvolvido num ambulatório previdenciário ao longo de 12 anos, caracterizaram a população atendida como preponderantemente masculina (93% dos 200 casos estudados), de idade madura (70,5% com idade entre 40 e 60 anos) e com grau de instrução primária (60% do total).

Um estudo realizado por Vargas (2002) com 214 mulheres que ingressaram no Programa de Atendimento ao Alcoolismo do Hospital Universitário de Brasília, com objetivo de identificar as semelhanças na vida de mulheres em situação de abuso e dependência de álcool, sobretudo ao que se refere às suas características sócio-demográficas, mostrou que, em geral, a mulher atendida no Programa, tem cerca de 40 anos, baixa escolaridade, é do lar ou trabalha como empregada doméstica e tem renda pessoal baixa.

Como já observado por Simão *et al.* (2002), o Hospital Escola de Botucatu atrai sujeitos com recursos econômicos escassos. No caso de indivíduos alcoolistas, aqueles que procuram o serviço seriam os mesmos que não têm outras alternativas de tratamento.

Borini *et al.* (2000) investigaram as características demográficas, sociais e epidemiológicas de cem alcoolistas do sexo feminino de baixa renda internadas consecutivamente em hospital psiquiátrico. As idades predominantes estavam entre 31 e 50 anos, com média de 42,6 anos, baixo nível de escolaridade, maior parte exercendo atividades domésticas, sendo que 29% estavam inativas e 23 % empregadas, mas com elevado índice de absenteísmo, predomínio de casadas e amasiadas com baixo tempo de vida conjugal.

Segundo Sims (2001), os problemas no casamento são tanto resultado do excesso de álcool quanto a causa deste. O homem frequentemente nega seus problemas com o casamento escapando para o consolo do excesso de

álcool. Por outro lado, como bem argumentou Campos (2004), a dependência do álcool também impede o indivíduo de assumir suas “responsabilidades”, notadamente em relação à família e ao trabalho. A dependência do álcool, como doença, acaba por extravasar o limite intrapessoal, partindo para uma representação do alcoolismo como uma “doença da família”.

Por meio da análise das representações formuladas pelos membros da associação de ex-bebedores Alcoólicos Anônimos (AA) sobre o álcool e o alcoolismo, Campos (2004) percebe que *“o uso da bebida compromete, ao mesmo tempo, a vida física e moral do alcoólico, representada, particularmente, pela perda de suas qualidades morais e de suas responsabilidades, notadamente como ‘pai’, ‘esposo’ e ‘trabalhador’”*.

O fato de as mulheres ingressarem mais tardiamente no alcoolismo também já foi observado por vários pesquisadores (GOMBERG, 2003; SIMÃO *et al.*, 1996; MILLER e CERVANTES, 1997). Simão *et al.*, 1996, analisando as diferenças entre homens e mulheres dependentes de álcool atendidos no mesmo serviço de saúde escolhido para o presente estudo, observaram que a idade de início de ingestão nas mulheres foi após 30 anos, com rápida instalação da dependência, geralmente por meio dos maridos e/ou amáσιο, enquanto com os homens o início ocorreu através de amigos.

Segundo Nóbrega e Oliveira (2005), enquanto os homens atribuem maior significado do uso a eventos relacionados ao trabalho, as mulheres usuárias de álcool atribuem a eventos internos. Por meio da análise da história de vida de uma das 13 mulheres participantes do estudo desenvolvido pelos autores, a vida que antecedeu ao uso nocivo e à dependência do álcool não foi considerada agradável, apontando para uma rede social pobre e baixa participação em atividades como preditores para o aumento do abuso ou dependência de álcool, com intuito de suprir a participação em atividades sociais. Outros aspectos considerados pelos autores referem-se à auto-estima possivelmente comprometida e outros quadros clínicos influenciando o aumento do consumo.

Na maioria dos casos de alcoolismo feminino, o início de transtornos psiquiátricos precede o abuso de álcool, diferentemente do que ocorre com os homens, o que também foi observado por Borini *et al.* (1999) em investigação sobre o alcoolismo feminino em que distúrbios emocionais, isoladamente ou associados a outros fatores, foram considerados a principal causa do alcoolismo.

Os dados relativos ao tempo de permanência no Programa coletados neste estudo apresentaram uma limitação, já que registram apenas a data de caso de novo presente na ficha de avaliação do serviço de psiquiatria, sem considerar os períodos freqüentes em que os pacientes ficaram afastados do programa, retornando mais tarde. Neves *et al.* (1990) também relataram esta dificuldade afirmando que, apesar da aceitação inicial pelos pacientes da estratégia de trabalho (que consistia em atendimento psicoterápico e medicamentoso) ser boa, o tempo de permanência em atendimento e a freqüência foram muito irregulares. Os autores também relataram um número grande de abandonos (69,5% dos casos atendidos), o que também foi notado durante a execução desta pesquisa, contribuindo para o grande número de perdas.

Nóbrega e Oliveira (2005) notaram que o receio dos dependentes de álcool de enfrentar o tratamento existe devido ao medo de não conseguir fazê-lo ou de sentir a falta do álcool, já que muitos pacientes sentem-se incapazes de lidar com os sintomas de abstinência, o que pode justificar também as desistências e irregularidades na freqüência das terapias encontradas neste estudo.

No presente estudo, mais de noventa por cento dos sujeitos apresentava grau grave de dependência do álcool quando ingressaram no programa de tratamento. Em estudo desenvolvido por Resende *et al.* (2005) com objetivo de verificar a prontidão para o tratamento em 25 alcoolistas de ambos os sexos, isto também foi observado. Setenta e seis por cento dos indivíduos analisados apresentavam grau grave de alcoolismo de acordo com o SADD, mostrando

que, em geral, os indivíduos que procuram tratamento estão neste estágio de gravidade.

A minoria dos pacientes entrevistados neste estudo, 22,1% (n=19), continuavam a beber mesmo que de forma mais controlada. As principais motivações para abstinência observadas por Borini *et al.* (1999) em sua investigação sobre o alcoolismo feminino em cem mulheres internadas em hospital psiquiátrico foram: força de vontade, pressão familiar e conselhos, enquanto as causas de recaída, por ordem decrescente de frequência, foram os problemas emocionais e familiares e o gostar de beber.

Segundo Gabbard (1998), para muitos indivíduos alcoolistas as modificações psicológicas encorajadas por programas como o do Alcoólicos Anônimos (AA) e a abstinência associada ao compromisso com seus ideais e frequência regular aos encontros são um tratamento suficiente. Deve ser considerado, entretanto, que pelo fato do alcoolismo ser um transtorno heterogêneo de etiologia multifatorial, o que funciona para um paciente pode não funcionar para outro, de forma que todos os tratamentos passam a apresentar controvérsias. O autor sugere que os clínicos devam considerar cada paciente individualmente e, a partir de uma avaliação psiquiátrica cuidadosa, elaborar um plano individual de tratamento para aquele indivíduo.

No caso das mulheres, o mecanismo de sustentação da abstinência está relacionado ao resgate de identidade, comprometida durante todo o processo de perdas com o consumo de álcool, por meio da volta na crença em si mesma. Nóbrega e Oliveira (2005) acreditam que a prevenção de recaídas nessa clientela se dê por meio da atenção direcionada a situações específicas, oferecendo serviços de tratamento em grupos homogêneos, trabalhando a auto-estima e o manejo das perdas sociais.

A qualidade de vida dos dependentes de álcool

Neste estudo, as menores médias nos grupos de homens e mulheres foram registradas nas dimensões *aspecto físico* e *saúde mental*. Resultados semelhantes foram encontrados por Payá *et al.* (1999) na avaliação da qualidade de vida entre dependentes de álcool que estavam em tratamento no ambulatório especializado em dependência química da Unifesp – São Paulo, utilizando o mesmo instrumento. Os pacientes da pesquisa citada pontuaram, em média, 51 na dimensão *aspecto físico* e 52 em *saúde mental*. Assim como no presente estudo, *capacidade funcional* foi a dimensão menos comprometida, com pontuação média de 79.

Daepfen *et. al.* (1998) avaliaram a qualidade de vida de 147 dependentes de álcool (77% do sexo masculino) com idades entre 26 e 78 anos, por meio do SF-36. Os resultados mostraram que, comparados aos escores observados na população geral, a pontuação dos dependentes de álcool foi mais baixa (indicando pior qualidade de vida relacionada à saúde), em todas as dimensões, sendo que as que apresentaram valores mais próximos aos da população geral foram aquelas relacionadas à funcionalidade e à saúde física (*capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais*), e substancialmente mais baixos nas dimensões *aspecto físico, aspecto emocional e saúde mental*.

Como já destacado por Meloni e Laranjeira, 2004, além das diversas conseqüências sociais negativas, o consumo de álcool tem um imenso peso como causa de adoecimento e morte em todo mundo. Particularmente no Brasil, o consumo de álcool é o fator determinante em mais de 10% de toda morbidade e mortalidade ocorrida no país. O que se reflete na baixa pontuação dos sujeitos deste estudo e dos outros citados na dimensão *aspecto físico*.

Em relação à saúde mental destes indivíduos, condições patológicas neuropsiquiátricas são frequentemente encontradas na literatura, tais como sintomas de depressão (ALVES, KESSLER e RATTO, 2004), ansiedade, agitação (ALVES, KESSLER e RATTO, 2004; MACIEL e KERR-CORRÊA, 2004) e alterações de humor (MACIEL e KERR-CORRÊA, 2004). Mendes e Vaz, 2002, citam como problemas em mulheres alcoolistas a baixa tolerância à

frustração e prejuízos quanto às condições afetivas e emocionais, à capacidade de controle geral e estabelecimento de relacionamento interpessoal.

Daeppen *et al.* (1998) observaram que a pontuação nas dimensões do SF-36 foi 21% a 127% mais baixa em pacientes com depressão maior segundo pontuação na *Hamilton Depression Scale* (HDS) comparados com aqueles com desempenho na escala que indica ausência de depressão.

Um estudo desenvolvido por Ribeiro *et al.* (2004) avaliaram a influência do reconhecimento da co-morbidade na adesão de pacientes alcoolistas de um programa de atenção a dependentes químicos do Sistema Único de Saúde. O registro de patologias co-mórbidas indicou amplo predomínio de transtornos de personalidade (41,9%) entre as co-morbidades psiquiátricas. Os transtornos de humor e ansiedade, tomados agrupadamente, concorreram com 42% das patologias psiquiátricas co-mórbidas registradas. Na amostra estudada a adesão ao tratamento foi significativamente maior no subgrupo de pacientes que tiveram uma co-morbidade psiquiátrica identificada o que, segundo os autores, certamente contribui para o desenvolvimento de uma estratégia terapêutica mais objetiva, individualizada e adequada, com conseqüente melhor adesão e melhor prognóstico para esse subtipo de pacientes.

Como considerado por Lima (2002), uma das limitações do conceito de qualidade de vida é a dificuldade em estabelecer um ponto de corte que distinga qualidade de vida “boa” de “ruim”, já que o conceito é subjetivo e difícil de ser expresso em termos de quantidade. A utilização de um instrumento genérico como o SF-36 permite, entretanto, a comparação da qualidade de vida entre diferentes enfermidades (FERRAZ e CICONELLI, 2003).

Na tabela 8 é possível comparar o desempenho dos alcoolistas nas dimensões do SF-36 com pacientes portadores de outras condições patológicas investigadas pelo mesmo instrumento.

Tabela 8 - Comparação do desempenho dos alcoolistas nas dimensões do SF-36 com pacientes portadores de outras condições patológicas investigadas pelo mesmo instrumento.

Dimensões do SF-36	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM
Alcoolismo	75,42	49,42	63,70	59,55	55,81	63,51	57,75	48,65
Artrite reumatóide (CICONELLI <i>et al.</i> , 1999)	66,5	59,5	63,96	68,22	66,3	87	66,66	70,32
Insuficiência renal crônica (CASTRO <i>et al.</i> , 2003)	61	52	67	60	58	69	60	62
Doença renal crônica (MARTINS e CESARINO, 2005)	57,3	32,3	60,7	58,6	48,7	55,8	46,1	64,3
Politraumatizados sem TCE (OLIVEIRA e SOUSA, 2003)	85,23	76,11	77,39	78,16	64,66	78,41	71,21	66,55

CF= capacidade funcional, AF= aspecto físico, D= dor, EGS= estado geral de saúde, V= vitalidade, AS= aspecto social, AE= aspecto emocional, SM= saúde mental. TCE=trauma crânio-encefálico.

Comparando-se a qualidade de vida dos dependentes de álcool participantes deste estudo com a de pacientes portadores de outras doenças crônicas e incapacitantes, como a artrite reumatóide, observa-se em pesquisa realizada por Ciconelli *et al.*, que os alcoolistas deste estudo apresentaram qualidade de vida inferior aos portadores de artrite reumatóide em todas dimensões investigadas pelo SF-36, exceto *capacidade funcional*. A artrite reumatóide, como se sabe, é uma condição patológica altamente incapacitante do ponto vista físico, caracterizada por dor e edema nas articulações, com rigidez matinal que leva a prejuízos importantes na dimensão cuja pontuação dos pacientes foi inferior à dos alcoolistas. Mesmo em relação à dor, fator bastante limitante da doença, os alcoolistas apresentaram desempenho semelhante ao dos pacientes.

Quando a comparação é feita com pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise (CASTRO *et al.*, 2003), a qualidade de vida também foi inferior em todas as dimensões exceto *capacidade funcional*.

Dados de pesquisa desenvolvida por Martins *et al.* (2005), por sua vez, com 125 portadores de doença renal crônica, de ambos os sexos, com média

de idade de 53,1 anos, indicam que a qualidade de vida dos alcoolistas foi inferior apenas em *saúde mental*.

Os 44 motociclistas politraumatizados sem trauma crânio-encefálico, com idades entre 14 e 32 anos, maioria do sexo masculino, segundo dados de Oliveira e Sousa (2003), apresentaram qualidade de vida superior aos alcoolistas em todas as dimensões do SF-36.

Interessante a comparação entre a qualidade de vida das mulheres alcoolistas que participaram deste estudo com portadoras de outras doenças crônicas, ilustrada na Tabela 9.

Tabela 9 – Comparação da qualidade de vida, pelas dimensões do SF-36, entre mulheres alcoolistas, portadoras de osteoporose e fibromialgia e grupo controle de PAGANO *et al.* (2004).

Dimensões do SF-36	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM
Alcoolismo	71,88	37,5	47,56	53,5	40	59,37	45,83	33,5
Osteoporose (ARANHA <i>et al.</i> , 2006)	47,7	59,9	52,3	45,1	53,7	89	72,2	63
Fibromialgia (PAGANO <i>et al.</i> , 2004)	33	9,38	30,23	45,65	33,13	44	30,83	45,6
Grupo controle (PAGANO <i>et al.</i> , 2004)	86,63	90	76,65	81,47	67,93	82,94	77,53	75,7

CF= capacidade funcional, AF= aspecto físico, D= dor, EGS= estado geral de saúde, V= vitalidade, AS= aspecto social, AE= aspecto emocional, SM= saúde mental.

Mulheres portadoras de osteoporose com média de idade superior às deste estudo, 65,57 anos, segundo dados de Aranha *et al.* (2006) apresentaram qualidade de vida superior às alcoolistas em todas as dimensões do instrumento utilizado exceto em *capacidade funcional* e *estado geral de saúde*, possivelmente em função da idade, especialmente quando considerado que 41,7% delas não praticavam nenhuma atividade física.

Entretanto, a qualidade de vida das alcoolistas em relação às portadoras de fibromialgia foi maior em todas as dimensões do SF-36, exceto em *saúde mental*, conforme dados de Pagano *et al.* (2004). O principal sintoma da fibromialgia é a dor difusa e crônica, muitas vezes tão grave que interfere na

realização das atividades de vida diária e no trabalho. Além disso, a dor crônica causa um componente de sofrimento, com vários fatores contribuintes como ansiedade, frustração e raiva, com efeitos adversos no humor. Apesar disso, observa-se que os prejuízos causados pela dependência do álcool nas mulheres, exercem impacto mais importante na qualidade de vida relacionada à saúde mental destas.

O grupo controle do trabalho desenvolvido pelos autores, constou de 40 mulheres saudáveis com idades entre 35 e 60 anos, faixa etária semelhante à encontrada no presente estudo. Os dados apontam para a baixa qualidade de vida das alcoolistas quando comparado com o grupo controle em todas as dimensões do SF-36, particularmente em *aspecto físico, aspecto emocional e saúde mental*.

Outro resultado relevante encontrado neste estudo foi a menor pontuação das mulheres em relação aos homens na dimensão *saúde mental*, que pode ser justificada pela descrição de Cornelius *et al.* (1995, *apud* Foster, Peters e Marshall, 2000) de que os problemas relacionados ao álcool mais freqüentemente encontrados nas mulheres que freqüentam os serviços psiquiátricos são as desordens afetivas, como depressão e sintomas relacionados à ansiedade, enquanto transtornos de personalidade anti-social e sintomas anti-sociais são mais prevalentes nos homens dependentes de álcool.

Rudolf e Priebe (2002) também revelam a alta extensão de sintomas depressivos em mulheres alcoolistas durante a desintoxicação, sendo que mais da metade da amostra estudada era ao menos moderadamente depressiva. Os autores ainda comentam que a depressão está negativamente correlacionada com a qualidade de vida já que, na comparação da qualidade de vida de mulheres alcoolistas com e sem sintomas de depressão a qualidade de vida das com sintomas depressivos foi significativamente menor, concordando com resultados de outros estudos citados pelos autores.

Outros aspectos merecem ainda ser considerados levando-se em consideração as diferenças entre gêneros no que se refere à saúde geral. Um estudo realizado por Aquino, Menezes e Amoedo (1992), a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE) de 1986, em dez estados brasileiros mostrou que, em todos os estados estudados, as mulheres apresentaram maior prevalência de problemas de saúde, maior demanda e maior utilização de serviços de saúde que pode, em parte, ser justificado pelo acúmulo de tarefas conseqüente à inserção crescente das mulheres no mercado de trabalho com jornadas tão extenuantes quanto às do marido sem, no entanto, desobriga-la de suas funções tradicionais no lar e na família, agravadas ainda pela insuficiência de equipamentos sociais como creches e escolas, gerando maior estresse físico e mental.

Importante considerar que Nóbrega e Oliveira (2005) apontam estas barreiras enfrentadas pelas mulheres – estruturais (falta de creche para seus filhos, de apoio psicológico, de ajuda legal), pessoais (falta de emprego, independência financeira e baixa receptividade dos profissionais de saúde) e sociais (oposição de familiares e amigos, como também o próprio estigma social) - como fatores provavelmente responsáveis pelo fato de as mulheres alcoolistas chegarem ao tratamento com comprometimentos importantes.

Homens e mulheres reagem de forma diferente às tensões do cotidiano: *“as mulheres costumam expressar ansiedade e tensão através de sintomas físicos, enquanto os homens manifestam comportamentos que, habitualmente, não são considerados como doenças – fumando, bebendo, reagindo com violências, entre outros”* (AQUINO, MENEZES e AMOEDO, 1992). Esta afirmativa encontra respaldo pelos dados deste estudo que mostraram diferenças significativas entre os gêneros nas dimensões *aspecto físico, vitalidade e estado geral de saúde*, com as mulheres apresentando pior qualidade de vida.

Além disso, vários autores relatam que as conseqüências clínicas do abuso e dependência do álcool aparecem de maneira mais precoce e

agressiva nas mulheres que nos homens (SIMÃO *et al.*, 2002; NÓBREGA e OLIVEIRA, 2005; FOSTER, PETERS e MARSHALL, 2000) devido às diferenças orgânicas já descritas, justificando a qualidade de vida inferior apresentada por elas nestas dimensões.

De acordo com os resultados encontrados neste estudo, dependentes moderados e/ou graves apresentaram qualidade de vida inferior aos dependentes leves em *aspecto físico, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social e saúde mental*. Resultados semelhantes foram encontrados por Daepfen *et al.* (1998) em estudo já citado anteriormente. Os autores observaram correlação significativa das oito dimensões do SF-36 com o SADD, especialmente em *estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais*.

Outro instrumento utilizado por Daepfen *et al.* (1998) na relação da qualidade de vida e gravidade da dependência do álcool foi o *Addiction Severity Index* (ASI), que tem por objetivo diagnosticar e medir a gravidade de problemas relacionados ao vício e as áreas mais afetadas na vida dos dependentes (trabalho e aspectos financeiros, relações sociais e familiares, situação legal, uso de drogas e álcool e situação psicológica). Os pacientes foram divididos em três grupos de acordo com a pontuação obtida na dimensão relacionada ao uso de álcool do ASI (*ASI Alcohol*): pontuações baixa, média e alta (esta última indicando maior gravidade da dependência). A pontuação no SF-36 foi 10% (dimensão *dor*) a 141% (dimensão *aspecto emocional*) mais baixa em pacientes com pontuação alta no *ASI Alcohol* em relação aos com pontuação baixa, indicando pior qualidade de vida relacionada à saúde em indivíduos com maior gravidade de dependência alcoólica.

A maior parte dos indivíduos deste estudo procuraram o serviço apresentando dependência grave segundo o SADD. Segundo Resende *et al.* (2005), a procura por tratamento ocorre quando o comportamento de beber deixa de ser mantido por contingências reforçadoras positivas e passa a ser mais punido do que reforçado. A bebida já não é mais fonte de prazer, mas sim necessária para evitar o desprazer provocado pela síndrome de abstinência.

Em relação à busca de tratamento pelas mulheres, segundo Nóbrega e Oliveira (2005), a motivação vem da percepção dos prejuízos nos aspectos físicos, emocionais e familiares e do sofrimento com as críticas recebidas. “*A perda do apoio social a mulheres usuárias de álcool acontece mais rapidamente, devido à baixa tolerância social em relação ao seu hábito de beber*”.

Em relação ao impacto da abstinência na qualidade de vida dos indivíduos, observou-se que os abstinentes, independentemente do tempo em que estavam sem beber, apresentaram melhor qualidade de vida em relação aos não abstinentes, incluindo aqueles que estavam bebendo menos, nas dimensões *aspecto físico, aspecto social e saúde mental*.

A abstinência de bebidas alcoólicas pode oferecer melhores chances de sobrevivência àqueles que desenvolveram doenças físicas relacionadas ao consumo de álcool. Porém, se estes pacientes subestimarem a gravidade dos problemas ou não acreditarem que o comportamento de beber possa exacerbar sua condição, terão maior dificuldade em manter a abstinência. (FIGLIE, 2004)

Como já observado por Simão *et al.* (2002) em estudo com pacientes acompanhados no mesmo serviço, o tratamento tem influência positiva tanto em homens como mulheres e melhora as relações familiares. Segundo os autores, com o suporte terapêutico, estes pacientes provavelmente aumentam o tempo de abstinência, gerando diminuição dos conflitos e aumentando sua participação na rotina familiar, o que poderia justificar a melhor qualidade de vida dos abstinentes em relação aos aspectos sociais.

De acordo com a análise realizada por Campos (2004) das representações formuladas pelos membros da associação de ex-bebedores Alcoólicos Anônimos sobre o álcool e o alcoolismo, o dependente de álcool em recuperação (re)liga os laços que foram rompidos no tempo do alcoolismo

ativo, reconstruindo os vínculos familiares e profissionais pelo cultivo de sua responsabilidade, ao mesmo tempo física e moral.

Nóbrega e Oliveira (2005) comentam que, no caso das mulheres, à medida que elas encontram forças e optam por melhorar suas vidas, o que poderia ser traduzido como uma retomada da auto-estima, o restabelecimento de suas histórias de vida, pautadas em bons momentos vai acontecendo. A melhora dos problemas desencadeados pelo uso, por sua vez, associa-se à manutenção da abstinência alcoólica.

Considerações finais

Os resultados deste estudo demonstram que:

1. a qualidade de vida dos dependentes de álcool, homens e mulheres está prejudicada principalmente no que se refere ao *aspecto físico* e à *saúde mental* dos indivíduos.
2. as mulheres têm qualidade de vida inferior aos homens em todas as dimensões dos SF-36, com diferenças estatisticamente significativas em *dor, vitalidade e saúde mental*.
3. os dependentes moderados e/ou graves apresentaram qualidade de vida inferior aos dependentes leves em *aspecto físico, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social e saúde mental*.
4. os não abstinentes apresentaram qualidade de vida inferior aos abstinentes em *aspecto físico, aspecto social e saúde mental*.

Estes dados reforçam a idéia de que a abstinência e a gravidade da dependência são fatores determinantes para um melhor prognóstico de recuperação, a partir do início do tratamento, não apenas dos prejuízos físicos, mas também da saúde mental e do papel social destes indivíduos.

A abordagem terapêutica, por sua vez, deve ser conduzida nos casos de alcoolismo em mulheres, atentando para os aspectos sócio-culturais que envolvem as dificuldades enfrentadas por elas, além dos maiores prejuízos físicos.

A qualidade de vida merece ser considerada como parâmetro de avaliação de atendimentos prestados, já que o alcoolismo tem impacto importante no funcionamento físico e mental dos indivíduos, aspectos geralmente avaliados pelas medidas de qualidade de vida. Para isso, sugere-se a realização de estudos que investiguem os efeitos de um programa terapêutico na qualidade de vida destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANCA, J.F.; FERNANDES, J.; ANDREOLI, S.B.; BUSNELLO, E.D.. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity – methodological features and prevalence estimates. **The British Journal of Psychiatry**. V. 171. p. 524-529, 1997

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L.R.C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. V. 26, supl.I. p. 51-53, 2004.

AQUINO, E.M.L; MENEZES, G.M.S; AMOEDO, M.B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. **Revista de Saúde Pública**. V.26, n.3, p.195-202, 1992.

ARANHA, L.L.M.; CANELO, J.A.M.; SARDÓN, M.A.; MONTES, J.D.P.; GONZÁLEZ, M.C.S. Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose. **Revista de Saúde Pública**. V.40, n.2, p.298-303, 2006.

BANDEIRA, M.; OLIVEIRA, G.L.; SILVA, M.M.; DELL'ARETI, T.; DIAS, H.; LARA, L.C.; STEFANI, L.M.; MOREIRA, M.F.; DUMONT, M.R.Q.; LARA, R.M.B.. Avaliação da eficácia terapêutica do programa de tratamento do núcleo de ensino e pesquisa sobre alcoolistas da Fhemig, em Barbacena, MG. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V. 51, n.6, p 369-378, 2002.

BELLO, L.M.; SAAVEDRA, P.; SERRA, L. Evolución de la mortalidad y de los años de vida perdidos prematuramente relacionados con el consumo de alcohol en las Islas Canarias (1980-1998). **Gac Sanit**. V.17, n.6, p. 466-473, 2003

BERTOLLI FILHO, C. Na república o Brasil “civiliza-se”. In: _____. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 1996.

BORINI, P.; SOI, E.A.; RUBIRA, K.P.; ISHIKAWA, R.H.; FERREIRA JUNIOR, A. Alcoolismo feminino: características demográficas, sociais e epidemiológicas de pacientes de baixa renda internadas em hospital psiquiátrico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V.49, n.1/2, p 13-19, 2000.

BORINI, P.; SOI, E.A.; RUBIRA, K.P.; ISHIKAWA, R.H.; FERREIRA JUNIOR, A. Alcoolismo feminino: padrão de consumo, motivações para o abuso e aspectos conceituais e emocionais de pacientes de baixa renda internadas em hospital psiquiátrico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V.48, n.12, p 539-545, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 61p.

BUNING, E. Consumo de álcool em países em transição. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Álcool e redução de danos – uma abordagem**

inovadora para países em transição. 1. ed. em português, ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

CAMPOS, E.A. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Cadernos de Saúde Pública.** V.20, n.5, p.1379-1387, 2004.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2001.** São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CASTRO, M.; CAIUBY, A.V.S.; DRAIBE, S.A. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras.** V.49, n.3, p.245-249, 2003.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) Alcohol-related mortality and years of potential life lost--United States, 1987. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep,** V.39, n.11, p.173-178, 1990.

CICONELLI RM, FERRAZ MB, SANTOS W, MEINÃO I, QUARESMA MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia.** V.39, p.143-150, 1999.

COLLINS, R.L.; MCNAIR, L.D. Minority women and Alcohol use. **Alcohol Research & Health.** V. 26, n.4, p.251-256, 2002.

COSTA, H. Apresentação. . In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Álcool e redução de danos – uma abordagem inovadora para países em transição.** 1. ed. em português, ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COTRIM, B.C.; GALLINA, J.R.; CHASIN, A.A.M.. Ocorrência de suicídios sob efeito de álcool: um estudo na região metropolitana de São Paulo **Rev. ABP-APAL.** V.20, n.4, p.146-149, 1998.

DAEPPEN, J.B.; KRIEG, M.A.; BURNAND, B.; YERSIN, B.. MOS-SF-36 in Evaluating Health-related Quality of Life in alcohol-dependent patients. **American Journal of Drug and Alcohol.** V.24, n.4, 1998.

FERRAZ, M.B.; CICONELLI, R.M. Avaliação da Qualidade de Vida. In: LEVY, J.A.; OLIVEIRA, A.S.B. **Reabilitação em Doenças Neurológicas – guia terapêutico prático.** São Paulo: Atheneu, 2003. p. 231-237.

FIGLIE, N.B. Motivação para o tratamento do alcoolismo. 2004. 136 p. **Tese apresentada a Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Curso de Psiquiatria para obtenção do grau de Doutor.**

FORATTINI, O.P.; Qualidade de vida. In: _____. **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. São Paulo: Artes Médicas, 1992. p. 353-365.

FOSTER, J.H.; PETERS, T.J.; MARSHALL, E.J.. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. **Alcohol**. V.22, p.45-52, 2000.

FOSTER, J.H.; POWELL, J.E.; MARSHALL, E.J.; PETERS, T.J.. Quality of life in alcohol-dependent subjects – a review. **Quality of Life Research**. V.8, p.255-261, 1999.

GABBARD, G.O. Transtornos pelo uso de substâncias e transtornos alimentares. In: _____. **Psiquiatria Psicodinâmica**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO A.R.; NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A. Comparações dos resultados de dois levantamentos domiciliares sobre o uso de drogas psicotrópicas no estado de São Paulo nos anos de 1999 e 2001. **Jornal Brasileiro de psiquiatria**. V. 52, n. 1, p. 43-51, 2003.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R.. A Critical appraisal of the quality of life measurements. **JAMA**. V.272, n.8, p.619-626, 1994.

GOMBERG, E.S. Treatment for alcohol-related problems: special populations: research opportunities. **Recent Dev Alcohol**. V.16. p. 313-33, 2003.

GORGULHO, M. O papel da mídia na promoção do uso responsável de álcool. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Álcool e redução de danos – uma abordagem inovadora para países em transição**. 1. ed. em português, ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

HOLMILA, M.; RAITASALO, K. Gender differences in drinking: why do they still exist? **Addiction**. V. 100, n.12, p.1763-1769, 2005.

JAKOVLJEVIC B; STOJANOV V; PAUNOVIC K; BELOJEVIC G; MILIC N Alcohol consumption and mortality in Serbia: twenty-year follow-up study. **Croat Med J**. V.45, n.6, p.764-768, 2004.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, J.B.; GREBB, J.A.. Transtornos relacionados a substâncias. In: _____. **Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.369 – 438.

KERR-CORRÊA, F.; SMAIRA, S.I.; ROSSINI, R.; BOCCUTO, C.; D'BARI, R.A.G.; de SOUSA, L.B. Alcoolismo: associação com hospitalizações por trauma/lesões e doença do aparelho digestivo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V. 42, n. 5, p. 285-289, 1993.

LANZ, P.M.; COTO, C.D.. Estudio sobre causas de mortalidad de 428 pacientes alcohólicos. **Acta psiquiátr. psicol. Am. Lat**. V. 38, n.4, p.310-316, 1992.

LEAL, F.X.; GARCIA, M.L.T.. Perfil dos membros de Alcoólicos Anônimos na Grande Vitória, Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V.53, n.6, p.369-380, 2004.

LIMA, A.F.B.S. Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool. 2002. **Tese Apresentada a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de pós-graduação em medicina: Clínica Médica para obtenção do grau de Mestre.**

LONGABAUGH, R.; MATTSON, M.E.; CONNORS, G.J.; COONEY, N.L. Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research. **J Stud Alcohol Suppl**. V. 12, p. 119-129, 1994.

LÓPEZ A.J.; REIMERS E.G.; MORENO F.R.; FERNÁNDEZ F.S.; LIROLA A.L.; VILAMAJO R.R.; VILLARREAL J.G.E.; RIERA A.M. Prevalence and mortality of heavy drinkers in a general medical hospital unit. **Alcohol Alcohol**. V.36, n.4, p.335-338, 2001.

LOWENFELS, A.B.. Epidemiologic studies of alcohol-related disease in the 20th century. **J Epidemiol Biostat**. V. 5, n.1, p. 61-66, 2000.

MACIEL, C.; KERR-CORRÊA, F. Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. V. 26, supl. I, p. 47-50, 2004.

MARTINS, M.R.I.; CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. V.13, n.5, p. 670-676, 2005.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. V.26, Supl I, p.7-10, 2004.

MENDES, D.L.; VAZ, C.E. Tolerância à frustração e o alcoolismo feminino. **Aletheia**, V.16, p.33-45, 2002.

MILLER, N.S. Mortality risks in alcoholism and effects of abstinence and addiction treatment. **Psychiatr Clin North Am**. V.22, n.2, p.371-383, 1999.

MILLER, W.; CERVANTES, E. Gender and patterns of alcohol problems: pretreatment responses of women and men to the comprehensive drinkers profile. **J Clin Psychol**. V. 53. p. 263-277, 1997.

MITIC W.; GRESCHNER, J. Alcohol's role in the deaths of BC children and youth. **Can J Public Health**, V.93, n.3, p.173-175, 2002.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors. In: Murray, C.J.L. et al. **The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to**

2002. Boston: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.

NEVES, A.M.L.S.; MUYLAERT, E.; LOUREIRO, M.A.C.; CHEDIAN, O.L.D., ARAÚJO, F.A. Tratamento do alcoolismo. Resultados de uma experiência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V.39, n.3, p. 113-117, 1990.

NÓBREGA, M.P.S.S.; OLIVEIRA, E.M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**. V. 39, n.5. p.816-823, 2005.

NOTO, A.R.; MOURA, Y.G.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E.A. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V.51, n.2, p.113-121, 2002.

OLIVEIRA, N.L.B.; SOUSA, R.M.C. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. V.11, n.6, p.749-756, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoativas: resumo**. Genebra: WHO Library, 2004.

OSIATYNSKA, E. Álcool e saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Álcool e redução de danos – uma abordagem inovadora para países em transição**. 1. ed. em português, ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OSINAGA, V.L.M.; FUREGATO, A.R.F. Usuários de álcool e drogas opinam sobre o doente, a família e a assistência recebida nas instituições psiquiátricas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V.53, n.2, p. 81-89, 2004.

PAGANO, T.; MATSUTANI, L.A.; FERREIRA, E.A.G.; MARQUES, A.P.; PEREIRA, C.A.B. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. **São Paulo Medical Journal**. V.122, n.6, p.252-258, 2004.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N.B.; TURISCO, J.L.; LARANJEIRA, R. Como é a qualidade de vida dos dependentes de álcool? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V. 51, n.1, p.39-45, 2002.

PUENTES, C.P.; GRACIA, M.C.R.; YÁÑEZ, J.L.; GONZÁLEZ, F.J.A. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1981-1990. **Gac Sanit**, V.10, n.55, p.161-168, 1996.

RAMOS, T.J.A. Alcoolismo: trabalho e violência. Um estudo a partir do Programa de Atendimento ao Trabalhador Alcoolista da UFRJ Rio de Janeiro; s.n; 2002. 114 p. **Tese Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre**.

REHM, J.; GMEL, G.; SEMPOS, C.T.; TREVISAN, M. Alcohol-Related Morbidity and Mortality. **Alcohol Research & Health**. V. 27, n.1, p.39-51, 2002.

RESENDE, G.L.O.; AMARAL, V.L.A.R.; BANDEIRA, M.; GOMIDE, A.T.S.; ANDRADE, E.M.R. Análise de prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**. V.32, n.4, p.211-217, 2005.

RIBEIRO, M.S.; ALVES, M.J.M.; GUIRRO, U.B.P.; BALDI, B.G.. Alcoolismo: a influência do reconhecimento da co-morbidade na adesão de pacientes ao programa terapêutico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V. 53, n.2, p.124-132, 2004.

RIVARA, F.P.; MUELLER, B.A.; SOMES, G.; MENDOZA, C.T.; RUSHFORTH, N.B.; KELLERMANN, A.L. Alcohol and illicit drug abuse and the risk of violent death in the home. **JAMA**. V.278, n.7, p.569-575, 1997.

RUDOLF, H.; PRIEBE, S. Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment. **Drug and Alcohol Dependence**. V.66, p.71-76, 2002.

SIMÃO, M.O.; KERR-CORREA, F.; DALBEN, I et. al. Mulheres e homens alcoolistas: um estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 3, p.121-129, 2002.

SIMÃO, M.O.; KERR-CORREA, F; ORTIZ, K.; LIMA, M.E. Diferenças entre homens e mulheres dependentes atendidos em serviço de saúde de Botucatu. **Revista ABP-APAL**. V. 18, n.3, p.95-100, 1996.

SIMS, A. Distúrbios de gênero e da sexualidade. In: _____. **Sintomas da mente**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

THOMAS, V.S.; ROCKWOOD, K.J. Alcohol abuse, cognitive impairment, and mortality among older people. **J Am Geriatr Soc**, V.49, n.4, p.415-420, 2001.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Drinking Over the Life Span: Issues of Biology, Behavior, and Risk. In: _____. **10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health** – Highlights from current research. Secretary of Health and Human Services, 2000. p. 1-27

VARGAS, C.R.M. Semelhanças na vida de mulheres em situação de abuso ou dependência de álcool. **Tese apresentada a Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde pra obtenção do grau de Mestre**. Brasília, 2002, 154 p.

WARE, J.E. & SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). **Medical Care**, v.30, n.6, p.473-81, 1992.

WHITEMAN, P.J.; HOFFMAN, R.S.; GOLDFRANK, L.R. Alcoholism in the emergency department: an epidemiologic study. **Acad Emerg Med.** V.7, n.1, p.14-20, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **About Global Alcohol Database.** Disponível em: <http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol>. Acesso em: 17 fev. 2004

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adult per capita alcohol consumption.** Disponível em: <http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol>. Acesso em: 18 fev. 2004.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the quality of life (QoL) of alcohol dependents according to gender, dependence severity and abstinence. Eighty six patients enrolled in the Alcoholism Treatment Program of the *Clinicas* Hospital of the Botucatu Medical School were interviewed. The interviews consisted of sociodemographic, economics, admission data in Psychiatric Outpatient Clinic, age of alcohol use start and abstinence state questions. The instruments SADD, for measuring the severity of alcohol dependence, and SF-36, for measuring quality of life, were also administered. The final sample consisted of 70 men and 16 women, average age was 45 years old, 55,8% married, 70,9% had studied up to end the 9th grade, 72,1% was inactive. Women began the ingestion of alcohol later than men. Average period of follow-up in the program was 24 months, at the time of the interview 77,9% were abstinent and 83,7% presented low dependence according SADD. The results showed that: 1) the QoL of alcohol dependents, men and women, is damaged particularly with respect to *physical functioning* and *mental health*. 2) Women presented lower QoL than men in all SF-36 dimensions, with significative difference in *pain*, *vitality* and *mental health*. 3) Moderately and/or severely dependents presented lower QoL than mildly dependents in *physical functioning*, *general health perceptions*, *vitality*, *social functioning* and *mental health*. 4) Not abstinents presented lower QoL than abstinents in *physical functioning*, *social functioning* and *mental health*.

Key words: alcoholism, quality of life, gender.

ANEXO 2 – Short Alcohol Dependence Data (SADD)

Assinale para cada uma questões:

0 = Nunca	1 = poucas vezes	2 = muitas vezes	3 = sempre
------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------

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

NA DATA DE INGRESSO NO PROGRAMA (DI) _____

SCORE NA DATA DA ENTREVISTA (DE) _____

01 – 09 PONTOS = LEVE
10 – 19 PONTOS = MODERADA
20 - 45 PONTOS = GRAVE

ANEXO 3 - Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey (SF-36)

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)
- Excelente..... 1 (5.0)
 Muito boa..... 2 (4.4)
 Boa..... 3 (3.4)
 Ruim..... 4 (2.0)
 Muito ruim..... 5 (1.0)
2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?** (circule uma)
- Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2
 Quase a mesma coisa do que há um ano atrás..... 3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás..... 4
 Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

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

(Soma Normal)

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Difículta muito	Sim. Difículta pouco	Não.Não difículta de modo algum
A) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
B) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escada	1	2	3
E) Subir um lance de escadas	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar mais de 1 Km	1	2	3
H) Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3
J) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

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

(Soma Normal)

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

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

(Soma Normal)

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(Soma Normal)

(circule uma)

De forma nenhuma.....5
 Ligeiramente..... 4
 Moderadamente..... 3
 Bastante..... 2
 Extremamente..... 1

7. Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas** ?

(circule uma)

Nenhuma..... 1 (6.0)
 Muito leve..... 2 (5.4)
 Leve..... 3 (4.2)
 Moderada.....4 (3.1)
 Grave..... 5 (2.2)
 Muito grave..... 6 (1.0)

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma..... 1 (6 se 7=1; 5 se 7= 2 a 6)
 Um pouco..... 2 (4 se 7= 2 a 6)
 Moderadamente..... 3 (3 se 7= 2 a 6)
 Bastante..... 4 (2 se 7= 2 a 6)
 Extremamente..... 5 (1 se 7= 2 a 6)

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

(circule um número para cada linha)

Vitalidade: ____ Saúde Mental: ____	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	6	5	4	3	2	1
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	6	5	4	3	2	1

E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	6	5	4	3	2	1
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	6	5	4	3	2	1
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parente, etc...)?

(Soma Normal)	(circule uma)
Todo o tempo.....	1
A maior parte do tempo.....	2
Alguma parte do tempo.....	3
Uma pequena parte do tempo.....	4
Nenhuma parte do tempo.....	5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

(Soma Normal)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falso
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	5	4	3	2	1
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	5	4	3	2	1