

NELIANA BUZI FIGLIE

**MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO
DO ALCOOLISMO**

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

SÃO PAULO

2004

NELIANA BUZI FIGLIE

**MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO
DO ALCOOLISMO**

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

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira

Co-orientador: Prof. Dr. John Dunn

**SÃO PAULO
2004**

Figlie, Neliana Buzi

Motivação para tratamento do alcoolismo./ Neliana Buzi Figlie.--
São Paulo. 2004.

x 133f.

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

Título em inglês: Alcoholism Treatment Motivation

1. Alcoolismo. 2. Motivação. 3. Análise fatorial. 4. Pacientes ambulatoriais. 5. Gastroenterologia.

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

Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria

Coordenador da Pós-graduação em Psiquiatria:

Prof. Dr. Miguel R. Jorge

Chefe do Departamento de Psiquiatria:

Prof. Dr. José Cássio do Nascimento Pitta

Orientador:

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina

Co-orientador:

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

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

Vincent van Gogh

1853-1890

Agradecimentos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Agradeço, especialmente, a todos os pacientes que participaram desta pesquisa, por tornarem possível a realização deste estudo.

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	v
Lista de tabelas.....	viii
Resumo.....	x
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Considerações gerais sobre o consumo, dependência de álcool e tratamento...	2
1.2 Motivação.....	4
1.3 Os estágios de mudança.....	6
1.4 Alcoolismo e doenças gástricas.....	11
1.5 Instrumentos para a mensuração da motivação.....	14
1.6 Objetivos.....	17
1.7 Hipótese do Estudo.....	18
2. MATERIAL E MÉTODOS.....	19
2.1 Amostra.....	20
2.2 Instrumento.....	20
2.3 Instrumento de rastreamento.....	23
2.4 Critérios para seleção da amostra.....	24
2.5 Análise Estatística.....	25
2.6 Cuidados Éticos.....	26
3. RESULTADOS.....	27
Artigo 1: The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fargerstrom questionnaires.....	30
Artigo 2: Motivation for Change in Alcohol Dependent Outpatients from Brazil.....	36
Artigo 3: Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em pacientes dependentes de álcool tratados ambulatorialmente.....	44
Artigo 4: Stages of Change in alcohol outpatients at the first appointment in treatment.....	54
Artigo 5: Motivation to change drinking behaviour among outpatients with and without gastric disease.....	67
4. CONCLUSÕES.....	84
5. ANEXOS.....	87
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
Abstract	

Lista de tabelas

Artigo 1

Table 1	Socio-demographic data of inpatients from a general hospital in São Paulo, Brazil.....	33
---------	--	----

Artigo 2

Table 1	Confirmatory Factor Analysis with factor weight and reliability analysis with Cronbach's alpha using the data from this study modeled on the proposed 3-factor structure of Miller & Tonigan (1996) and the 2-factor structure of Maisto et al.....	40
---------	---	----

Artigo 3

Tabela 1	Dados sócio-demográficos de 326 homens dependentes de álcool de duas instituições de tratamento ambulatorial.....	46
----------	---	----

Tabela 2	Padrão de consumo de álcool e marcadores biológicos de dependência de álcool entre homens de duas instituições de tratamento ambulatorial.....	47
----------	--	----

Tabela 3	Análise Fatorial Confirmatória da escala SOCRATES, com carga fatorial e análise de Confiabilidade usando o alfa de Cronbach deste estudo baseado na estrutura de três fatores proposta por Miller & Tonigan (1996) e na estrutura de dois fatores proposta por Maisto et al. (1999).....	48
----------	--	----

Tabela 4	Correlações inter e intrafatores da escala SOCRATES para os modelos propostos por Miller & Tonigan (1996) e Maisto et al. (1999)	49
----------	--	----

Tabela 5	Correlações de escore item-total e análises do alfa de Cronbach dos itens para o modelo proposto de dois fatores da escala SOCRATES.	49
----------	--	----

Tabela 6	Análise Fatorial Confirmatória da estrutura fatorial da escala SOCRATES de dois fatores não-independentes proposta mostrando a relação entre as variáveis observadas e latentes e os pesos dos fatores.....	50
----------	---	----

Artigo 4

Table 1	Descriptive analysis, Cronbach's Alpha Coefficients, Pearson Correlation Coefficients among Stages of the URICA and variance and multiples comparisons between means of URICA's stages and severity of alcohol dependence.....	66
---------	--	----

Artigo 5:

Table 1	Socio-demographic data of alcohol dependent outpatients who presented to an alcohol treatment service and those who presented to a gastric diseases clinic at a general hospital - percentages (numbers).....	79
Table 2	Comparison of severity of alcohol dependence and pattern of alcoholic consumption between alcohol dependent outpatients presenting to an alcohol treatment service and a gastric diseases clinic – percentage (number).....	80
Table 3	Comparison of nicotine dependence, quality of life and drink-related problems between alcohol users from an alcohol treatment service and a gastric diseases clinic.....	81
Table 4	Comparison of stages of change using Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) and University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) between alcohol dependent outpatients from an alcohol treatment service and a gastric diseases clinic.....	82

RESUMO

Introdução: Para pacientes que desenvolveram doenças físicas relacionadas ao consumo de álcool, a abstinência de bebidas alcoólicas pode oferecer a melhor chance de sobrevivência. Entretanto, se alguns subestimarem a severidade dos problemas, ou não acreditarem que o comportamento de beber possa exacerbar sua condição, terão maior dificuldade em manter a abstinência. Um levantamento inicial realizado no Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo com 394 pacientes internados, mediu a frequência do consumo nocivo de álcool e encontrou 22% dos homens internados e 3% das mulheres com escore positivo no AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test). A prevalência mais alta foi na enfermagem de gastroenterologia (26%). Esse dado contribuiu para o estudo da motivação para a modificação do comportamento de beber nos pacientes portadores de doenças gástricas. **Objetivos:** 1. investigar a motivação para tratamento em dois grupos de dependentes de álcool, sendo 151 pacientes do ambulatório de gastroenterologia e 175 do ambulatório especializado no tratamento para alcoolismo; 2. estudar as propriedades psicométricas dos instrumentos que medem a motivação para tratamento do alcoolismo pela análise confirmatória fatorial. **Métodos:** A entrevista foi conduzida nos ambulatórios na primeira consulta ao serviço em hospital escola da Universidade Federal de São Paulo e consistiu em uma seção com dados demográficos e as escalas a seguir: Short Form Health Survey (SF-36); Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD); Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND); Padrão de consumo de álcool e drogas; University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA); The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES); The Drinker Inventory of Consequences (Drlnc). **Resultados:** A análise fatorial confirmatória da SOCRATES mostrou a existência de dois fatores correlacionados que melhor exploram o modelo (ambivalência/reconhecimento e ação). A mesma análise com a URICA sugeriu que a versão estudada mediu os fatores propostos (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção), incorporando uma estrutura correlacional dos fatores, sendo constatada evidência de validade concorrente com a severidade da dependência alcoólica. Ambos instrumentos apresentaram boa consistência interna, com exceção da subescala de manutenção da URICA. Os resultados comparativos sugeriram que os pacientes do ambulatório de gastroenterologia eram menos dependentes do álcool, sofriam menos as conseqüências relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas e possuíam menos problemas mentais e emocionais quando comparados com os pacientes do ambulatório para tratamento do alcoolismo. Quanto aos estágios de mudança, os pacientes da gastroenterologia apresentaram maiores escores na pré-contemplação no início do tratamento e, os pacientes do ambulatório especializado escores maiores em contemplação, ação e manutenção. **Conclusões:** Os dados desse estudo sugerem que os sintomas físicos da doença gástrica pode ser uma razão para a abstinência temporária de álcool nos pacientes do ambulatório de gastroenterologia, uma vez que os mesmos exibiram menor motivação para a modificação do comportamento de beber. As versões brasileiras da SOCRATES e URICA mostraram ser parâmetros válidos e confiáveis na avaliação da motivação de dependentes de álcool.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações gerais sobre o consumo, dependência de álcool e tratamento

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

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

O consumo de álcool tem considerável peso como causa de adoecimento e morte no mundo todo, com diversas conseqüências sociais negativas. Constitui-se como importante causa de morbidade e mortalidade para as nações mais pobres; como terceiro fator de risco para problemas de saúde na maioria das nações mais ricas; e, principalmente, relacionado a adoecimento e morte na maioria dos países cujas economias se encontram em grau intermediário de desenvolvimento (Meloni e Laranjeira, 2004).

O extrato final de problemas relacionados ao consumo de álcool, no ano de 2000, foi apresentado através de um indicador de saúde, designado DALYs, sigla oriunda da língua inglesa que corresponde aos termos *Disability Adjusted Life Years*. Este indicador refere-se ao percentual de anos que são

perdidos em razão de doença ou mortalidade precoce, atribuível à ingestão alcoólica. No ano de 2000, foi encontrado um valor de 4% para o mundo todo (Rehm et al, 2003). Para países com economias de mercado de pobreza intermediária, entre os quais o Brasil, o álcool é importante causa de doença e morte, podendo o impacto deletério total, ser considerado em valores de 8% até 14,9% do total de problemas de saúde dessas nações. O Brasil tem no consumo do álcool o responsável por mais de 10% de seus problemas totais de saúde (Meloni e Laranjeira, 2004).

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

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

- Aproximadamente 35% dos pacientes internados por problemas psiquiátricos apresentaram problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, sendo 90% relacionados ao consumo de álcool (Noto e Carlini, 1995).
 - Com relação a população hospitalar geral, é estimado que 20 a 30% dos homens e 5 a 10% das mulheres são internados por dependência ou uso nocivo de álcool e suas conseqüências (Noto e Carlini, 1995).
 - Estudo realizado em pronto atendimento (Carlini-Cotrim e Chasin, 2000) analisou exames toxicológicos de vítimas fatais por causas externas e encontrou 48% com consumo alcoólico.
-

- Palha et al (2001) reavaliaram o diagnóstico de alcoolismo oculto em enfermarias de medicina e cirurgia geral de um hospital geral, sendo observada uma prevalência de 18,3% na população estudada.

Durante algum tempo, os profissionais estudaram a procura de tratamento por dependentes de álcool como um processo individual, no qual a motivação era vista como uma entidade intrínseca e imutável expressada através do comportamento de querer ou não modificar o hábito de beber. No entanto, sem o entendimento dos antecedentes do processo de motivação, antes da procura formal de tratamento, o conceito de motivação pode ser usado de forma errônea e inadequada. Aspectos sociais, pessoais, traços culturais e determinados tipos de tratamento podem influenciar na procura de tratamento, bem como doenças físicas e conseqüências sociais, sendo estas últimas as de maior peso na procura de tratamento (Hingson et al, 1982; Thom, 1986; Hajema, 1999; Moos e Moos, 2004).

Serviços de cuidados primários de saúde podem exercer um papel significativo no tratamento de dependentes e abusadores de álcool, por intermédio da identificação e tratamento precoces, com simples aconselhamentos que podem motivar os pacientes a se abster do álcool ou a procurar ajuda especializada (Bradley, 1992; Cherpitel, 1999). Evidências sugerem que esse procedimento pode remover barreiras na procura de tratamento, sendo a maior dificuldade o diagnóstico dos problemas relacionados ao álcool (Durand, 1994; Brown, 2001).

1.2 Motivação

A palavra motivação vem da raiz latina que significa “mover”, sendo uma tentativa de compreender o que move as pessoas a ter determinadas atitudes (Wards e Tarvis, 1992). É uma série de processos que fazem com que uma pessoa se mova em direção a um objetivo específico. Miller (1985) define a motivação como: “a probabilidade de que uma pessoa inicie, dê continuidade e permaneça num processo de mudança específico”.

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

Além de seus valores, as pessoas também têm expectativas próprias quanto aos resultados prováveis, tanto positivos como negativos, de certos cursos de ação e essas expectativas podem ter um efeito poderoso sobre o comportamento. Assim, uma pessoa pode desejar fervorosamente parar o uso de alguma droga, mas pode não fazer absolutamente nada nesse sentido porque não acredita ser capaz. Até mesmo a importância de metas normalmente valorizadas como a saúde, por exemplo, podem ser minadas pela baixa auto-estima. Indivíduos com problemas relacionados ao consumo de substâncias podem persistir em seus hábitos, apesar de incríveis sofrimentos e perdas pessoais (Davidson, Rollnick e MacEwan, 1991).

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

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

Nos últimos anos, um dos maiores expoentes na área de motivação é William Miller, criador da "Entrevista Motivacional", abordagem de sensível utilidade em variados estágios de tratamento e especialmente útil no auxílio a pessoas com problemas de abuso de substâncias e que se mostrem ambivalentes ou resistentes (Miller e Rollnick, 2002b). A Entrevista Motivacional tem um estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando os pacientes a explorar e resolver sua ambivalência de acordo com o estágio de mudança em que se encontram.

1.3 Os estágios de mudança

Um estudo analítico americano realizado por James O. Prochaska (1979) teve como meta sistematizar o campo da psicoterapia das dependências, então fragmentado segundo o autor, em mais de 300 propostas teóricas. O modelo transteórico foi o produto central da análise comparativa de 29 teorias e modelos relevantes e disponíveis até fins da década de 1970 para explicar mudanças no comportamento.

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

O modelo Transteórico foi baseado na premissa de que a mudança comportamental é um processo e que as pessoas têm diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar, uma perspectiva que permitiu planejar intervenções e programas que atenderam às necessidades particulares das

peessoas dentro de seu grupo social e contexto organizacional ou comunitário natural (Prochaska, Velicer, 1997; Glanz et al, 1997; Tessaro et al, 1997; Joseph et al, 1999). Mais recentemente, esse modelo começou a ser usado no desenho de intervenções facilitadoras do desenvolvimento de comportamentos saudáveis como o consumo de dietas saudáveis (Glanz et al, 1994; Margetts e Speller, 1997), adoção de práticas esportivas (Prochaska, Marcus, 1994), dentre as mais diversas áreas (Prochaska et al, 1994). O modelo é, atualmente, visto como um recurso inovador na área de educação e promoção de saúde, em processo de difusão no mundo todo (Katz e Peberdy, 1997; Ops, 1998; Joseph et al, 1999).

Nesse sentido, a idéia de que as pessoas progridem por meio de estágios motivacionais na resolução de um problema (Prochaska e Di Clemente, 1984), tem se mostrado de vital importância para os profissionais que lidam com dependência química. A motivação é um estágio de prontidão para a mudança que pode flutuar de uma situação para outra, sofrendo influência de fatores externos. Esta flutuação, então, determina os diferentes estágios de mudança.

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

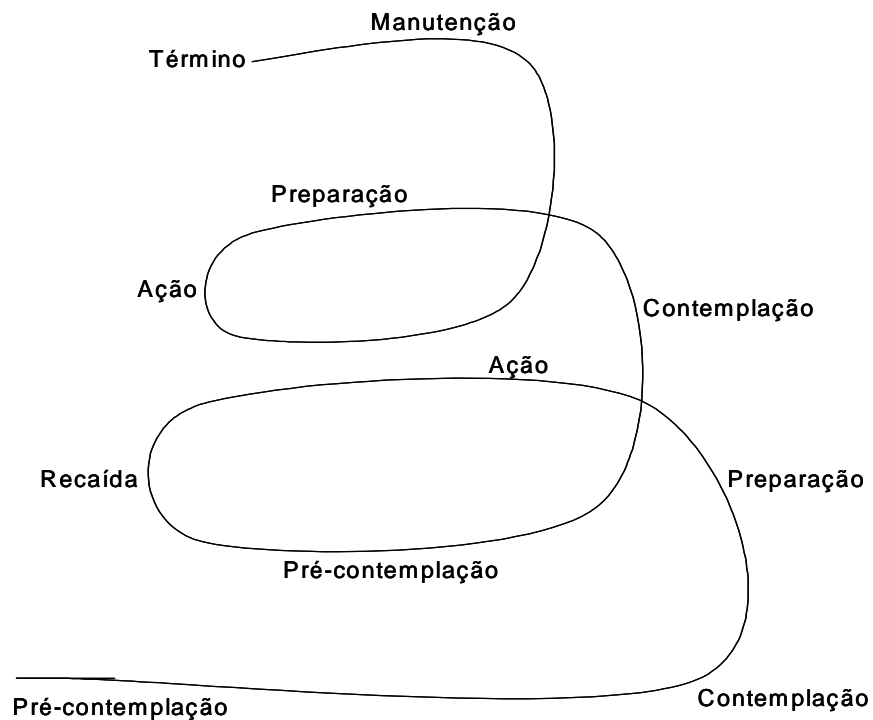


Figura 1 – Modelo em espiral dos Estágios de Mudança de Prochaska et al (1992)

Prochaska e DiClemente (DiClemente et al, 1991; Edwards e Dare, 1997) descreveram os vários estágios de mudança, úteis na compreensão dos comportamentos aditivos. O modelo teórico tem início com a pré-contemplação, estágio em que a pessoa não considera a necessidade de ajuda, não demonstrando consciência suficiente de que tem problemas, embora outras pessoas do seu convívio possam estar cientes disso. Quando a pessoa passa a considerar seu consumo de substâncias como um problema com possibilidade de mudanças, ela entra no estágio de contemplação. Seguindo para o estágio de Preparação, ela começa a construir tentativas para mudar seu comportamento. Nesse estágio, geralmente as pessoas são descritas como prontas para a ação. Quando essas tentativas são colocadas em prática, este indivíduo se encontra no estágio de ação, ocorrendo uma implementação de planos para a modificação do comportamento aditivo envolvendo tentativas concretas de modificar comportamentos, experiências e/ou o meio ambiente, a fim de superar os problemas da dependência. Finalmente, o sucesso da mudança ocorre no estágio de manutenção, no

qual a pessoa modifica seu estilo de vida, evitando a recaída, atingindo abstinência e consolidando as mudanças. Tais estágios seguem uma ordem seqüencial, em que pode ocorrer a recaída, obrigando novamente o dependente a passar várias vezes pelos estágios de mudança (variação na freqüência de acordo com cada caso), antes de atingir a manutenção em longo prazo. A recaída não é considerada como um estágio de mudança, mas como um evento que marca o final do estágio de ação ou manutenção (DiClemente, 1993).

Algumas considerações podem ser observadas nesse modelo: o movimento progressivo entre os estágios nem sempre é o padrão habitual de mudança; as pessoas que entram em programas formais de tratamento são grupos mais homogêneos do que os que se automodificaram na sociedade; o modelo não especifica tempo e circunstâncias em que pode surgir a modificação do estágio. Contudo, essa teoria tem demonstrado potencial de aplicabilidade e utilidade no âmbito terapêutico, propiciando o desenvolvimento de intervenções e técnicas específicas para cada estágio de mudança. Sua utilidade se reflete em melhorar a compreensão sobre a forma como as pessoas mudam e como os profissionais podem intervir e atuar de forma mais efetiva em cada estágio para a modificação do comportamento (Connors, Donovan, DiClemente, 2001).

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

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

Estágios de Motivação	Definição	Sugestões sobre o que fazer
Pré-Contemplanção	Estágio em que a pessoa não reconhece o problema ou não se considera precisando de ajuda. Comum notar neste estágio posturas defensivas, relutantes e sem disposição para efetuar mudanças no comportamento de beber.	Estabelecer vínculo terapêutico, pedir permissão para falar sobre o assunto, construir confiança. É recomendada uma abordagem empática, de não confrontar ou competir, usando bom humor e o otimismo no lugar de uma abordagem de confronto. Explorar o significado dos eventos que trouxeram o paciente ao serviço ou os resultados de tratamentos anteriores. Obter as percepções do paciente a respeito do problema: doenças inesperadas, falecimento de pessoas significantes, divórcio, nascimento de filhos, etc. são exemplos destas situações. Eliciar, ouvir e reconhecer os aspectos do uso da substância que agrada ao paciente. Evocar dúvidas ou preocupações a respeito do uso da substância. Oferecer informação factual sobre os riscos do uso de substâncias. Examinar as discrepâncias entre as percepções do paciente e as de outras pessoas a respeito do comportamento de beber. Recomendar ao paciente que se trate, deixando a responsabilidade da decisão a ele. Expressar preocupação com os problemas do paciente e manter as portas abertas, demonstrando interesse em manter contato.
Contemplanção	O paciente começa a considerar seu consumo de álcool como um problema, abrindo espaço para um questionamento dos aspectos negativos e positivos, mas de forma ambivalente, reavaliando condutas a partir de uma visão construída entre as vantagens e as desvantagens do beber.	Resumir as preocupações do paciente. Explorar prós e contras do comportamento de uso. Normalizar a ambivalência. Discutir os resultados das avaliações anteriores. Examinar a compreensão do paciente a respeito da mudança e as expectativas do tratamento. Re-explorar os valores do paciente em relação à mudança.
Preparação	Momento em que a prontidão e compromisso com a mudança começam a se organizar. As pessoas, neste estágio, são descritas como estando "prontas para a ação". Tentativas são colocadas em prática.	Deixar claro as metas do paciente e as estratégias para a mudança. Discutir as diversas opções de tratamento e os recursos disponíveis que atendam às múltiplas necessidades do paciente. Aconselhá-lo, com a sua permissão. Negociar uma mudança, plano de tratamento ou contrato de comportamento, levando em consideração a intensidade e qualidade da ajuda necessária; a disponibilidade de suporte social, identificando quem, onde e quando; a seqüência de pequenos passos para o sucesso; e, múltiplos problemas, como questões legais, financeiras ou de saúde. Considerar e diminuir as barreiras para a mudança, antecipando possíveis problemas familiares, de saúde ou outros. Ajudar o paciente a identificar o suporte social como, por exemplo, grupos, igrejas ou centros recreacionais. Explorar as expectativas do tratamento e o papel do paciente.
Ação	Neste estágio, o paciente procura e decide receber ajuda e/ou abrir mão do comportamento apreendido. As tentativas são colocadas em prática, ocorrendo uma implementação de planos para a modificação do comportamento de beber. Ocorre uma mudança distinta e observável do uso para o não uso.	Facilitar o engajamento no tratamento: Manter uma boa aliança terapêutica; induzir a assumir seu papel no processo. Explorar e corrigir as expectativas com relação ao tratamento. Alertar sobre as futuras e normais situações desconfortáveis a serem encontradas. Investigar e resolver as barreiras para o tratamento. Aumentar a coerência entre os fatores motivacionais externos e internos. Examinar e interpretar os comportamentos não complacentes num contexto de ambivalência. Demonstrar contínuo interesse e preocupação pessoal. Reforçar a importância de permanecer em tratamento. Dar suporte a uma visão realista da mudança, a qual ocorre através de pequenos passos. Reconhecer suas dificuldades iniciais. Ajudar a identificar as situações de alto risco, através de análise funcional e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento apropriadas. Ajudar a encontrar novos reforçadores para as mudanças positivas. Avaliar a consistência das famílias e o suporte social existente.
Manutenção	Uma vez que a mudança requer a construção de um novo padrão de comportamento ao longo do tempo, o novo padrão leva algum tempo para se estabelecer. E, na verdade, é nesse período que a mudança sustentada será testada. Esse último estágio da mudança bem sucedida é denominado "manutenção".	- Ajudar os pacientes a identificar várias fontes de prazer que não envolvam substâncias; isto é, novos reforçadores de comportamentos. - Dar suporte às mudanças no novo estilo de vida. - Reforçar a capacidade dos pacientes em resolução de problemas e auto-eficácia. - Ajudar os pacientes a praticar novas estratégias de enfrentamento para evitar um retorno ao uso de substância. - Manter um contato que ofereça suporte.

1.4 Alcoolismo e doenças gástricas

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

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

Na laringe e esôfago, o consumo crônico de álcool, especialmente se combinado com tabaco, resulta em risco aumentado para o desenvolvimento de câncer (Crew e Neugut, 2004). No estômago, pode ocorrer severa gastrite hemorrágica e, no intestino grosso, o consumo crônico de álcool provoca danos à mucosa associados com má absorção e, com isso, falta de nutrição e diarreia (Seitz e Homann, 2001).

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

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

A pancreatite é uma inflamação fatal do pâncreas, geralmente associada com extenso consumo alcoólico. Os sintomas podem resultar na obstrução de pequenos ductos pancreáticos, bem como a destruição do tecido

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

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

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

No Brasil, Mincis et al (1990) realizaram um estudo prospectivo com 205 pacientes assistidos na disciplina de gastroenterologia e constataram que 23,4% foram considerados bebedores excessivos, com dados clínicos relacionados com doença hepática em 37,5% dos casos.

Outro estudo prospectivo (Porto et al, 1999) mostrou que o álcool foi a principal causa de pancreatite crônica calcificante em 94% dos pacientes estudados. Kerr Correa et al (1985) pesquisaram 120 pacientes adultos internados e constataram uso excessivo de álcool em 17,5% dos casos, sendo que 38,5% apresentaram sinais e sintomas sugestivos de alcoolismo, porém esse diagnóstico não foi realizado. Os autores concluíram que pacientes entre 31 e 55 anos, do sexo masculino e com sintomas principalmente gastrointestinais têm possibilidade estatisticamente significativa de serem dependentes de álcool e que, aparentemente, os médicos não consideram alcoolismo como doença, ou se doença, impossível de ser tratada.

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

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

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

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

1.5 Instrumentos para a mensuração da motivação

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

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

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

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

Com base nos estágios de mudança de Prochaska e DiClemente, McConaughy et al (1983) desenvolveram a URICA, escala com 32 itens. A URICA pode ser utilizada em uma de série de problemas de comportamento (Prochaska, 1994). Os pacientes respondem questões gerais voltadas para o “seu problema”. Cada uma das subescalas da URICA corresponde aos quatro estágios de mudança do Modelo Transteórico: pré-contemplação, contemplação, ação, manutenção (DiClemente e Hughes, 1990; Prochaska e DiClemente, 1992).

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

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

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

No âmbito de tratamento é essencial que uma avaliação cuidadosa identifique a natureza, os problemas e os objetivos apropriados e possíveis ao tratamento. Da mesma forma, o processo de tratamento deve identificar os fatores específicos que vão auxiliar ou dificultar a conquista dos objetivos a serem atingidos. Neste contexto, os instrumentos que medem os estágios de mudança e a motivação têm mostrado sua utilidade na identificação das diferentes variáveis que podem interferir nos estágios de mudança e, desta forma, servir de orientação importante para o profissional da saúde intervir de modo a melhorar o desfecho no tratamento (Miller, 1983).

1.6 Objetivos

Objetivos gerais:

1. Traçar o perfil de dependentes de álcool submetidos a tratamento ambulatorial por doença gástrica, daqueles que buscaram tratamento específico para alcoolismo, objetivando estudar a motivação para modificar o hábito de beber.
2. Adaptar culturalmente e avaliar as propriedades psicométricas dos instrumentos que medem a motivação para o tratamento.

Objetivos específicos:

1. Avaliar a prevalência de pacientes com problemas associados ao consumo de bebidas alcoólicas no hospital geral e, em especial, na disciplina de gastroenterologia.
 2. Traçar um perfil dos dependentes de álcool que procuram tratamento especializado para alcoolismo dos que procuram tratamento médico para doenças gástricas, determinando:
 - Dados Sociodemográficos;
 - Grau da qualidade de vida por meio do Short Form Health Survey (SF-36);
 - Grau de dependência de nicotina pelo Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND);
 - Grau de severidade da dependência alcoólica por intermédio do Short Alcohol Dependence Data (SADD);
 - Estágio de Mudança segundo o modelo proposto por Prochaska e DiClemente pela University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA);
-

- Grau de prontidão para mudança/motivação por The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES);
 - História e padrão de consumo alcoólico e consumo de drogas;
 - Problemas e conseqüências do hábito de beber por The Drinker Inventory of Consequences (DrInc).
3. Estudar a análise confirmatória fatorial e a consistência interna dos instrumentos SOCRATES e URICA.

1.7 Hipótese do estudo

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

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Amostra

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

2.2 Instrumento

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

A entrevista continha a seqüência seguinte:

- Dados Demográficos

Idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar.

- Short Form Health Survey (SF-36)

Investiga padrão de qualidade de vida por meio de uma avaliação genérica da saúde não específica para uma determinada doença, idade ou grupo de tratamento (Hayes et al, 1995). Short Form Health Survey (SF-36) deriva de um instrumento com 149 itens desenvolvido e testado em 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde. Em 1991, Ware e colaboradores iniciaram um projeto de validação internacional (Internacional Quality of Life Assessment Project), oficialmente em 14 países, além de 20 outros (Ware e Sherbourne, 1992).

O instrumento foi validado no Brasil por Cicconelli (1999) em portadores de artrite reumatóide, sendo encontrada reprodutibilidade - coeficiente de correlação de Pearson = 0.44 - 0.84 (intra-observador) e 0.55 - 0.81 (inter-observador). A escala conta com 36 itens que avaliam: Aspectos Físicos, Capacidade Funcional, Dor, Estado Geral de Saúde, Aspectos Sociais e Emocionais, Saúde Mental e Vitalidade.

Estudo com dependentes de álcool revelou escores baixos em Capacidade Funcional e Saúde Mental, com efeitos variáveis conforme grau de dependência/abuso, quantidade e frequência (Volk et al, 1997).

– Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)

Elaborado por Raistrick et al (1983) a partir da versão original (ADD), perfazendo 15 itens. Essa escala classifica o grau de severidade da dependência alcoólica em leve, moderada e grave e foi validada no Brasil por Jorge e Masur (1985), apresentando uma correlação do coeficiente de Spearman $r = 0.81$ e confiabilidade de teste - reteste $r = 0.90$.

– Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)

Desenvolvida por Karl-Olov Fagerström (1978) e depois readaptada por Heatherton e colaboradores (1991) para ter consistência interna superior relacionada a índices bioquímicos do fumar. São seis questões referentes ao padrão típico de fumar, possibilitando a classificação da dependência de nicotina em leve, moderada e severa.

– Padrão de Consumo de Álcool e Drogas

Baseado na entrevista sobre Marcadores Biológicos Estado e Traço do Abuso de Álcool e Alcoolismo, estudo multicêntrico da ISBRA/OMS (Helander e Tabakoff, 1996). As questões investigam o padrão específico do consumo de substâncias em tipo, quantidade e frequência nos últimos 30 dias e no período progressivo.

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

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

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

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

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

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

- Adaptação dos instrumentos: URICA, SOCRATES e DRINC

Os instrumentos acima especificados foram traduzidos por dois pesquisadores com domínio do idioma inglês, resultando na primeira versão. Os itens que diferiram na versão elaborada foram perguntados nas duas diferentes formas para um grupo de dez dependentes de álcool com o objetivo de os sujeitos indicassem a tradução mais facilmente compreendida, resultando na segunda versão. Essa versão foi reaplicada a outro grupo de dez alcoolistas, visando verificar o grau de compreensão frente a apenas uma alternativa de pergunta, resultando na terceira versão. Esta foi submetida a um comitê composto da pesquisadora, de nativo brasileiro sem conhecimento da língua inglesa, de nativo inglês com domínio da língua portuguesa, de

nativo inglês com pouco domínio do idioma português, todos com conhecimento da doença. O comitê teve como finalidade elaborar uma versão final dos instrumentos, fundamentada nas várias traduções e comparando os resultados de todas as versões entre si, para realizar adaptações culturalmente necessárias. Por fim, a versão final foi aplicada a um outro grupo de dependentes de álcool, a fim de que os entrevistados explicassem o teor de cada questão, sendo que cada pergunta contava com cinco respostas de pacientes diferentes. Essas entrevistas foram gravadas e quando três pacientes não compreendiam, o item era reformulado, resultando na versão final. Vale ressaltar que este último procedimento não ocorreu com nenhum item, não necessitando reformulação.

As questões nºs 6, 9, 16, 20 e 22 da URICA (Anexo 3.1) e nºs 13, 14 e 19 da SOCRATES (Anexo 3.2) foram desmembradas, segundo orientação do comitê, pois nas etapas anteriores do estudo foi observado que os pacientes tendiam a responder com base na última frase da pergunta, uma vez que as questões abordavam mais de um aspecto concomitantemente.

2.3 Instrumento de rastreamento

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

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

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

- Postura simpática do entrevistador de modo a não constranger o paciente;
- Certificar que o paciente não esteja intoxicado ou necessitando de cuidados emergenciais;
- Esclarecer que a proposta de rastreamento é importante para a avaliação da saúde do paciente;
- Checar o entendimento e compreensão do paciente em relação aos itens do instrumento;
- Garantir o sigilo das informações.

2.4 Critérios para seleção da amostra

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

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

2.5 Análise estatística

2.5.1 Comparação de grupos

As características das duas amostras de dependentes de álcool foram comparadas pelo teste de Qui-Quadrado (χ^2), para variáveis categóricas e pelo teste T de Student, para variáveis contínuas que apresentaram distribuição normal. As variáveis que não tiveram uma distribuição normal foram analisadas por meio do teste não paramétrico Mann-Whitney U. A significância estatística dos testes foi levada em consideração quando o valor descritivo de p foi menor que 0.05.

2.5.2 Propriedades psicométricas da SOCRATES

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

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

2.5.3 Propriedades Psicométricas da URICA

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

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

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

2.6 Cuidados éticos

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

3. RESULTADOS

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

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

2. O segundo artigo foi aceito para publicação em 2004 no *Addictive Behavior*, sob o título "*Motivation for Change in Alcohol Dependent Outpatients from Brazil*". Este estudo ressalta a aplicabilidade da SOCRATES como instrumento válido e confiável na avaliação da prontidão para mudança do hábito de beber em 326 dependentes de álcool brasileiros, com a existência de dois fatores correlacionados.

3. O terceiro artigo, publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria, em junho de 2004, intitulado "*Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente*", teve como objetivo investigar a confiabilidade e a estrutura fatorial da SOCRATES, sendo a versão completa do estudo de validação dessa escala, com uma amostra de 326 pacientes.

4. O quarto artigo foi enviado para publicação à Revista Brasileira de Psiquiatria, em 2004; chama-se “*Estágios de Mudança em Dependentes de Álcool na Primeira Consulta do Tratamento*”. O objetivo foi investigar a confiabilidade e a estrutura fatorial da University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) em 326 dependentes de álcool tratados ambulatorialmente e sua aplicabilidade no início do tratamento.

5. O quinto e último artigo tem o título “*Motivation to change drinking behaviour among outpatients with and without gastric disease*”, submetido ao São Paulo Medical Journal, em 2004, com o objetivo de investigar a motivação para tratamento em dois grupos de consumidores de álcool: 151 pacientes do ambulatório de gastroenterologia e 175 do ambulatório de tratamento para alcoolismo, de modo a discutir propostas com o objetivo de melhorar o desfecho no tratamento de pacientes com doença gástrica, que também apresentam dependência alcoólica.

ARTIGO 1

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

• Neliana Buzi Figlie • Sandra Cristina Pillon
• John Dunn • Ronaldo Laranjeira

The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil - using the AUDIT and Fagerström questionnaires

Alcohol and Drug Research Unit, Department of Psychiatry,
Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil

abstract

CONTEXT: Although the CAGE questionnaire is one of the most widely used alcohol screening instruments, it has been criticized for not identifying people who are drinking heavily or who have alcohol related problems but do not as yet show symptoms of alcohol dependence. The AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) questionnaire was developed by WHO as a screening instrument specifically designed to identify problem drinkers, as well as those who were already dependent on alcohol.

OBJECTIVE: The aim of this study was to use the AUDIT and Fagerström questionnaires in a general hospital inpatient population to measure the frequency of problem drinking and nicotine dependence, and to see if levels varied between medical speciality.

DESIGN: Retrospective cross-sectional study.

SETTING: Federally funded public teaching hospital.

SAMPLE: 275 inpatients from both genders.

MAIN MEASUREMENTS: Socio-demographic data, AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) and Fagerström Test for Nicotine Dependence.

RESULTS: We interviewed 275 inpatients, 49% of whom were men and 51% women. Thirty-four patients were identified as "cases" by the Audit questionnaire; 22% of the male patients and 3% of the females. Just over 21% of inpatients were current smokers. The gastroenterology (26%) and general medicine (16%) inpatient units had the largest number of individual cases.

CONCLUSIONS: Only by knowing the prevalence of alcohol abuse/dependence and nicotine dependence in a general hospital can we evaluate the need for a specialized liaison service to identify and treat these patients.

KEY WORDS: AUDIT. Fagerström. Screening. Liaison psychiatry. Inpatients.

INTRODUCTION

Data from the USA indicate that only 15% of alcoholics seek specialized treatment for alcoholism. However, 70% of the approximately 11 million alcoholics in that country have been treated in general medicine services within the last 6 months.¹ Most of these visits are for general medical assessments and not for mental health problems. Studies calculate that the economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness are estimated at US\$ 273.3 billion. The estimates include US\$ 85.8 billion for alcohol abuse, US\$ 58.3 billion for drug abuse and US\$ 129.3 billion for mental illness.²

Over the last two decades several studies have been undertaken in Brazil that show a relatively high prevalence of alcohol misuse among inpatients in general hospitals. One of the pioneer studies in this field was that of Masur et al,³ who found that 55% of male inpatients on a general medical ward consumed more than half a liter of "cachaça" (a distilled spirit made from sugar cane) per day. Since then other authors, from different regions of the country, have found a prevalence of alcohol abuse or dependence of between 9% and 32% among general hospital inpatients.⁴⁻⁷ Much of this variation in reported prevalence is due to methodological differences between the studies, in particular the definition of alcohol dependence or abuse. Levels of consumption are, by and large, considerably higher than those found in the general population. For example, in the Brazilian Multicentric Psychiatric Morbidity Survey, conducted in three major urban areas in Brazil and using DSM-III diagnostic criteria, the prevalence of alcohol dependence was 15%.⁸

Research from other countries largely supports the finding that inpatients are more likely to have problems with alcohol.⁹⁻¹¹ The importance of identifying these patients lies in the possibility of providing some form of intervention aimed at reducing alcohol consumption and thereby reducing the risk that the patient will subsequently develop complications of alcohol misuse.

Just how and by whom these patients should be identified is open to debate. Short screening instruments have the advantage that they do not take long to fill in and can be used with very little training by almost any health care professional.¹² The CAGE questionnaire is one of the most widely used alcohol screening instruments and has a high sensitivity and specificity for identifying patients with alcohol dependence. However, it has been criticized for not identifying people who are drinking heavily or who have alcohol-related problems but do not as yet show symptoms of alcohol dependence. Indeed it is these very patients who may benefit most from early therapeutic interventions. The AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) questionnaire was developed by WHO¹³ as a screening instrument specifically designed to identify problem drinkers, as well as those who were already dependent on alcohol. It has a reported sensitivity of 92% and a specificity of 93%.¹⁴ Skipsey, et al.¹⁵ found an excellent level of internal consistency in the identification of "hard" drinkers and alcohol dependence. When compared with the MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), the AUDIT was considered superior, as the MAST failed to identify recent problems brought on by heavy alcohol consumption. The AUDIT has been found to be a very promising instrument for the identification of alcohol abuse and dependence among patients in diverse medical settings.¹⁶⁻¹⁸

It is estimated that 30% of men and 35% woman are current smokers and about 3 million people die each year due to consequences of cigarette smoking. According to the World Health Organization, if this prevalence is maintained, by the year 2020 ten million people will be dying per year from smoking-related diseases.¹⁹

Nicotine dependence represents a serious public health problem. Data show that 19% of deaths in the USA are smoking-related.²⁰ In Brazil there is a lack of data concerning the prevalence of smoking, especially among populations in contact with health care services.

The Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) is a short self-reported measure of nicotine dependence.²¹ The FTQ has been criticized because of psychometric deficiencies, such as having a multifactorial structure, a low level of reliability and poor item selection.²² Heatherston et al²³ revised the questionnaire to produce what they call the Fagerström Test for Nicotine Depen-

dence (FTND), which has an internal consistency of 0.61 and whose scores are closely related to biochemical indices of heavy smoking. Saxon, et al.²⁴ found that when smokers were assessed with both instruments, the mean scores on the FTND were higher than those of the FTQ.

The aim of this study was to use the AUDIT and Fagerström questionnaires in a general hospital inpatient population to measure the frequency of problem drinking and nicotine dependence, and to see if levels varied between medical speciality.

METHODS

Design

This study is a retrospective cross sectional study, which the data was collected over two days in via a structured interview with all inpatients at that time.

Setting

The study was undertaken at the Hospital São Paulo / Escola Paulista de Medicina, a federally funded public teaching hospital.

Participants

Patients were interviewed over two consecutive days in July 1995. The hospital has 512 beds, of which 394 were included in the study, with the remainder being excluded because they formed part of inpatient units that treated only children and teenagers below the age of 16. The inpatient units included were: psychiatry, general medicine, intensive care unit, orthopedics, gastroenterology, cardiology, urology, ophthalmology, neurology, obstetrics and gynecology, infectious diseases and parasitology unit, renal unit, hematology, endocrinology, surgical units and pulmonary diseases unit. Thirty patients were excluded because they were under the age of 16, a further 7 refused to participate and 82 were physically or psychologically unable to consent, primarily because they were unconscious, confused or drowsy. This gave a final sample of 275 patients. Interviews were performed at the patient's bedside and involved a team of 9 interviewers who had been trained in the use of the questionnaire.

Instruments

The interview took at most 10 minutes to complete and consisted of closed response questions, either multiple choice or dichotomous. The first part of the instrument covered socio-demographic data, including age, sex, level of schooling, occupation and family income. The second part was a Portuguese version of the AUDIT, which had been translated by R. L. (an English-speaking Brazilian psychiatrist) and checked then

by J. D. (a Portuguese-speaking English psychiatrist). All items of the AUDIT refer to the last 12 months. The final score ranges 0 to 40, with a score over 8 indicating that the person probably has an alcohol problem. In addition, further questions were asked about alcohol problems preceding the last 12 months and previous treatment experiences. The third part of the questionnaire consisted of a Portuguese version of the Fagerström Test for Nicotine Dependence - FTND. This instrument consist of 6 questions concerning the respondent's current smoking behavior, with scores ranging from 0 to 10, and with scores classified into mild, moderate and severe dependence. The final part of the instrument concerned current and past cigarette smoking.

Statistical Methods

Data were entered into the SPSS program and analyzed using descriptive statistics.

RESULTS

Forty-nine percent of the sample were male and the average age was 42 (SD 17, range: 16 to 85). The demographic characteristics of the patients are shown in Table 1.

Of the 275 patients interviewed, 34 (12.4%; 95% CI: 8.5 to 16.3%) were diagnosed as having an alcohol use disorder by the AUDIT questionnaire. Among men the prevalence was 22% (n = 30) and woman 3% (n = 4). The gastroenterology and general medical inpatient units had the largest number of individual cases: gastroenterology 11 (26%) and general medicine 5 (16%). Several wards had no cases at all: orthopedics, hematology, endocrinology, psychiatry and neurology.

Of the total sample, 70% of patients admitted that they had drunk more heavily in the past than during the last year, with 7% saying that they had had a period in their life in which they had drunk on a daily or almost daily basis. Just over 46% of these latter patients scored positive on the AUDIT. Only two percent of AUDIT positive patients said that they had undergone some form of alcohol treatment in the past, with Alcoholics Anonymous (AA) and inpatient treatment being most commonly cited.

Twenty-one percent of patients were current smokers but a further 32% were ex-smokers of varying duration, whilst 47% said that they had never smoked.

Regarding the frequency of smoking by ward, gastroenterology had the highest level of smokers (n = 11, 23%) followed by general medicine (n = 8, 14%). Using the Fagerström Test for Nicotine Dependence, 30% of smokers were classified as having mild nicotine dependence, 44% moderate and 26% severe. About 57%

reported a period of higher cigarette consumption compared to their current level. Forty-eight percent had already tried to stop smoking without success and 27% had never tried.

DISCUSSION

Only by knowing the prevalence of alcohol abuse/dependence and nicotine dependence in a general hospital can we evaluate the need for a specialized liaison service to identify and treat these patients. Our study shows that the frequency of AUDIT positive case was 12% and that 21% of patients were current smokers. Alcohol abuse was more frequent among men and among patients on the gastroenterology and general medical wards.

The AUDIT questionnaire is simple and quick to use. Its application does not require any specialized training, a fact that facilitates its use in a variety of settings including developing countries where highly trained staff are in short supply.²⁵⁻²⁷ If the AUDIT were used as a screening instrument on admission to hospital, potential cases of alcohol abuse could be referred to a specialized liaison service. As mentioned above, the advantage of the AUDIT is that it can identify patients before alcohol dependence has developed, so that an intervention can be

TABLE 1 – Socio-demographic data of inpatients from a general hospital in São Paulo, Brazil (n = 275)

Characteristic	Male n=135 (%)	Female n=140 (%)
Age		
mean in years	42	39
Marital Status		
Single	40 (30)	34 (24)
Married/Living Together	83 (62)	80 (57)
Divorced/Separated	7 (5)	12 (9)
Widowed	5 (4)	14 (10)
Level of schooling		
Illiterate	11 (8)	9 (6)
"1st grade" (8 years of schooling)	91 (67)	94 (67)
"2nd grade" (high school)	17 (13)	30 (21)
College/University	16 (12)	7 (5)
Occupation		
Unemployed	5 (4)	8 (6)
Blue collar job	35 (26)	18 (13)
White collar job	27 (20)	23 (16)
Pensioned/Student	65 (48)	35 (25)
Other	3 (2)	56(40)
Family income		
1 to 5 m.w.*	81 (60)	88 (63)
5 to 20 m.w.	35 (26)	25 (18)
Up to 20 m.w.	4 (3)	0
Don't know	15 (11)	27 (19)

* minimum wage = R\$ 114.00.

offered before the patient has developed severe complications of alcohol dependence, i.e. as a form of secondary prevention. Also, in a country like Brazil, where cash constraints are tight, such an intervention is relatively cheap and may save money in the long term.

The FTND has been shown to be a reliable measure of nicotine dependence and is also a predictor of success in smoking cessation. It can also be used to titrate nicotine dosage against severity of dependence in nicotine replacement programs designed to help severely dependent smokers to quit.²⁸ It has been estimated that if health workers spend three to five minutes advising patients about the advantages of stopping smoking and give them self-help materials to reinforce this advice, 5 to 8% of smokers will quit smoking within 12 months.^{29,30} Although this number is quite low, the high turnover on general medical wards means that a large number of patients could be treated over a space of one year.

The National Cancer Institute has developed an office-based intervention for physicians and other health care professionals that provides a brief but effective intervention based on the four "As": 1. Ask all patients about their smoking behavior; 2. Advise every smoker to stop smoking; 3. Assist each smoker in setting a stop date; and 4. Arrange a follow-up visit.³¹ This intervention could be adapted to an inpatient setting and could also be applied to alcohol abuse.

We found the highest frequency for both alcohol abuse and nicotine dependence was on the gastroenterology and general medicine wards, although the absolute numbers involved were small. However, this could be an indication that a liaison service directed towards identifying and treating alcohol abuse and smoking would be more cost effective, and reach a greater number of cases, if implemented on these wards.

REFERENCES

- Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, et al. Utilization of health and mental health services: three epidemiological catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41(10):971-8.
- Rice DP, Kelman S, Miller LS. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Rep* 1991;106(3):280-92.
- Masur J, Tufik S, Ribeiro AB, et al. Consumo de álcool em pacientes de hospital geral: um problema negligenciado? *Rev Assoc Med Bras* 1979;25(9):302-6.
- Silva VA, Laranjeira RR, Dolnikoff M, et al. Alcohol consumption during pregnancy and newborn outcome: a study in Brazil. *Neurobehav Toxicol Teratol* 1981;3:169-72.
- Masur J, Jorge MR. Dados relacionados a bebidas alcoólicas e alcoolismo no Brasil: uma revisão. *Rev ABP-APAL* 1986;8(4):157-65.
- Iacoponi E, Laranjeira R, Jorge MR. At-risk drinking in primary care: report from a survey in São Paulo, Brazil. *Brit J Addict* 1989;84:653-8.
- Noto AR, Carlini EAA. Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987-1993). *Rev ABP-APAL* 1995;17(3):107-14.
- Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL* 1992;14:93-104.
- Ryder D, Lenton S, Harrison S, Dorricott J. Alcohol-related problems in a general hospital and a general practice: screening and the preventive paradox. *Med J Austral* 1988;149(3):355-60.
- Moore RD, Bone LR, Geller G, Mamon JA, Stokes EJ, Levine DM. Prevalence, detection and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *JAMA* 1989;261(3):403-7.
- Chick J. Alcohol problems in the general hospital. *Brit Med Bull* 1994;50(1):200-10.
- Babor TF, Grant M. From clinical research to secondary prevention: international collaboration in the development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Alcohol Health Resear World* 1989;13(4):371-4.
- Babor TF, La Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. WHO (World Health Organization)/PSA/1992;4:1-29.

There are several limitations to this study. First, only patients from one hospital in São Paulo were screened, and therefore we cannot generalize our findings to other types of hospital or other regions of the country where demographic characteristics and health service provision may differ. Second, this study was performed on two days in the winter month of July. Although the subtropical winter in São Paulo is not severe, there may still be seasonal variations in diseases that lead to hospital admission, such as chest infections. This could have an effect on the proportion of patients admitted to hospital who were smokers or alcohol abusers. However, the only seasonal variation in hospital admissions reported in São Paulo are for children with rotavirus infection and respiratory disease,³²⁻³⁴ who would not have been eligible for this study. The fact that there were no cases of alcohol abuse on the psychiatric ward is probably related to the fact that only women are admitted to this unit, among whom the prevalence of alcohol abuse would be low. No attempt was made to relate the use of alcohol or cigarettes to the illness that had led to the patient's admission, although we did find that the gastroenterology unit had the highest prevalence of alcohol abuse, as might have been predicted. The small number of AUDIT positive cases would not have allowed any meaningful statistical investigation of this question.

CONCLUSION

The results of this study are best viewed as a kind of needs assessment and feasibility study for the development and implementation of a liaison service designed to identify and treat patients with alcohol abuse and nicotine dependence.

14. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. Part II. *Addiction* 1993;88:791-804.
15. Skipsey K, Burleson JA, Kranzler HR. Utility of the AUDIT for identification of hazardous or harmful drinking in drug dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence* 1997;45:157-63.
16. Conigrave KM, Saunders JB, Reznick RB. Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol related harm. *Addiction* 1995;90:1479-85.
17. Schmidt A, Barry KL, Fleming, MF. Detection of problem drinkers: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Southern Medical Journal* 1995;88(1):52-9.
18. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol* 1995;56(4):423-31.
19. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking cessation. Clinical Practice Guideline, 1996.
20. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993;270(18):2007-12.
21. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behaviors* 1978;3:235-41.
22. Heatheron TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-27.
23. Heatheron TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. Measuring the heaviness of smoking using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict* 1989;84:791-800.
24. Saxon JA, McGuffin R, Walker RD. An open trial transdermal nicotine replacement therapy for smoking cessation among alcohol and drug dependent inpatients. *J Subst Abuse Treat* 1997;14(4):333-7.
25. Fleming MF, Barry KL, McDonald R. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a college sample. *Int J Addict* 1991;26:1173-85.
26. Cherpitel CJ. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *J Stud Alcohol* 1995;56:695-700.
27. Seppa K, Makela R, Sillanaukee P. Effectiveness of the Alcohol Use Disorders Identification Test in occupational health screenings. *Alcohol Clin Exp Res* 1995;19(4):999-1003.
28. Kozlowski LT, Porter CO, Orleans CT, et al. Predicting smoking cessation with FTND and HSI. *Drug Alcohol Dependence* 1994;34:211-6.
29. Demers RY, Neale AV, Adams R, Trembath C, Herman SC. The impact of physicians brief smoking cessation counseling: a MIRNET study. *J Fam Pract* 1990;31:625-9.
30. Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995;155:1933-41.
31. Hurt RD, Rochester M. Smoking cessation in primary care. *Ind Med* 1996;Mar/Apr:165-8.
32. Nascimento JD, Siqueira MM, Suttmoller F, et al. Longitudinal study of acute respiratory diseases in Rio de Janeiro: occurrence of respiratory viruses during four consecutive years. *Rev Inst Med Trop São Paulo* 1991;33(4):287-96.
33. Suttmoller F, Ferro ZP, Asensi MD, et al. Etiology of acute respiratory tract infections among children in a combined community and hospital study in Rio de Janeiro. *Clin Infect Dis* 1995;20(4):854-60.
34. Pereira HG, Linhares AC, Candeias JA, Glass RI. National Laboratory surveillance of viral agents of gastroenteritis in Brazil. *Bull Pan Am Health Organ* 1993;27(3):224-233.

resumo

CONTEXTO: Embora o CAGE seja um dos instrumentos de rastreamento do consumo alcoólico mais utilizado, o mesmo tem sofrido críticas por não identificar pessoas que possuem um consumo nocivo ou pessoas que apresentam problemas relacionados ao consumo alcoólico sem ter desenvolvido um quadro de dependência alcoólica. O questionário AUDIT (Alcohol Use Identification Test) foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde como instrumento de rastreamento especificamente para identificar pessoas com consumo nocivo do álcool, como também aquelas que possuem dependência do álcool.

OBJETIVO: Mensurar a frequência de uso nocivo/dependência de álcool e nicotina através do AUDIT e Fagerström.

TIPO DE ESTUDO: Estudo de corte transversal retrospectivo.

LOCAL: Hospital escola do serviço público federal, São Paulo, Brasil.

AMOSTRA: 275 pacientes internados de ambos sexos.

VARIÁVEIS ESTUDADAS: Dados sócio-demográficos, AUDIT e Fagerström Test for Nicotine Dependence.

RESULTADOS: Foram entrevistados 275 pacientes que se encontravam internados, sendo que 49% destes eram homens e 51% mulheres. 34 pacientes foram identificados como "casos" através do AUDIT, que corresponderam a 22% dos pacientes do sexo masculino e 3% do sexo feminino. Apenas 21% dos pacientes foram considerados fumantes. As enfermarias de gastroenterologia (26%) e clínica médica (16%) foram consideradas como detentoras de maior número de casos quando comparadas com as outras enfermarias.

CONCLUSÕES: Somente com o conhecimento da prevalência de uso nocivo/dependência de álcool e de nicotina, em um hospital geral, é possível estimar a necessidade de um serviço de interconsulta que pudesse identificar e tratar esses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: AUDIT. Fagerström. Instrumento de rastreamento. Interconsulta. Pacientes internados.

publishing information

Neliana Buzi Figlie, MD. Mental Health – Psychologist and researcher at Alcohol and Drug Research Unit, Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil.

Sandra Cristina Pillon, MD. Gastroenterology – Nurse and researcher at Alcohol and Drug Research Unit, Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil.

John Dunn, PhD. Researcher at Alcohol and Drug Research Unit, Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil.

Ronaldo Laranjeira, MD, PhD. Coordinator of Alcohol and Drug Research Unit, Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil.

Sources of funding: FAPESP (97/14219-0)

Conflict of interest: Not declared

Last received: 07 January 2000

Accepted: 07 February 2000

Address for correspondence:

Neliana Buzi Figlie
Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina
Departamento de Psiquiatria
Unidade de Pesquisa em Alcool e Drogas (UNIAD)
Rua Botucatu, 394
São Paulo/SP – Brasil – CEP 04023-900
E-mail: neliana@psiquiatria.epm.br

Artigo 2

Aceito para publicação no Addictive Behaviors 2004.



Pergamon

Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

ADDICTIVE
BEHAVIORS

Addictive Behaviors 29 (2004) 323–328

Short communication

Motivation for change in alcohol dependent outpatients from Brazil

N.B. Figlio^{a,*}, J. Dunn^b, R. Laranjeira^c

^a*Alcohol and Drug Research Unit (UNAD), Department Psychiatry,
Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil*

^b*Royal Free and University College Medical School, London, UK*

^c*Alcohol and Drug Research Unit (UNAD), Department Psychiatry,
Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil*

Abstract

The general aim of this study was to investigate the reliability and factor structure of the stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES) in 326 outpatients with alcohol dependence. The questionnaire was translated and cross-culturally adapted into Portuguese and back-translated to English. The confirmatory factor analysis showed that two correlated factors provided the best fit for the data.

© 2004 Published by Elsevier Ltd.

Keywords: Alcohol; Factor analysis; Outpatient; SOCRATES; Cross-cultural validity; Motivation

1. Introduction

The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES) was drafted to measure the motivation to change in problem drinkers. Initially, a 32-item version was developed, with the item content specifically focused on the problem of drinking. The latest version has 19 items, consisting of three orthogonal factors named *taking steps*, *recognition*, and *ambivalence* (Miller & Tonigan, 1996). Maisto et al. (1999) reexamined the

* Corresponding author. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNAD), UNIFESP/UNPA, Departamento de Psiquiatria, Rua Borges Lagoa, 564 - conj. 44, São Paulo-SP CEP 04038-000, Brazil. Tel./fax: +55-11-5579-0640.

E-mail addresses: neliana_figlio@uol.com.br, neliana@psiquiatria.unpa.br (N.B. Figlio).

ARTICLE IN PRESS

2 *N.B. Figueira et al. / Addictive Behaviors 88 (2018) xxx–xxx*

factor structure of the SOCRATES and found only two factors—one factor they called AMRBC (a combination of ambivalence and recognition) and a second one (taking steps) that was similar with the factor of Miller and Tonigan (1996) of the same name. Confirmatory factor analysis suggested that this two-factor structure fit the data better than the three-factor structure did. The aim of the present study was to examine the reliability and factor structure of the Portuguese version of the SOCRATES (3A) among alcohol-dependent outpatients and to investigate whether a two- or three-factor structure fits the data better. There was less evidence to support a three-factor structure.

2. Methods 34

2.1. Setting 35

The study was performed at a federally funded public teaching hospital. A gastroenterology clinic and a specialist alcohol clinic were used. Inclusion criteria were (i) at the specialist alcohol treatment clinic, all patients who scored mild, moderate, or severe on the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) and (ii) at the gastroenterology clinic, all patients scoring eight or more on the AUDIT (Méndez, Lima, Olinto, & Farrell, 1999). Thereafter, the same criteria were applied. The exclusion criteria were polydrug users and women (as there were so few of them).

2.2. Participants 45

One hundred and fifty-one patients were interviewed at the gastroenterology clinic and 175 from the specialist alcohol treatment clinic—all at the first appointment. The mean age was 44 years (S.D. = 11), 72% were White, 84% were in either part- or full-time employment, 57% had had at least 8 years of schooling, and 38% had some form of higher education. On the severity of alcohol dependence scale, 19% scored mild, 34% moderate, and 47% severe. Patients had consumed a median of 8.15 units of alcohol in the last 30 days and had been drinking at this level for a median of 20 weeks.

2.3. Measures 54

The measures used were (i) demographic data, (ii) SOCRATES Version 3A (Miller, 1995), (iii) SADD (Jorge & Masur, 1985), and (iv) pattern of alcohol consumption using the interview schedule developed for the WHO/ISBRA (Tatarkoff & Dongier, 1996).

2.4. Process of translation and cultural adaptation of the SOCRATES 59

The scale was translated to Portuguese by two researchers with a good command of English, and each version piloted. Some complex questions had to be simplified, as patients tended to answer only one part of the question (questions 14, 15, and 20). A committee of five

ARTICLE IN PRESS

M.B. Rogin et al. / *Addictive Behaviors* 111 (2018) 100–108

3

bilingual healthcare professional reviewed the questionnaire before it was repiloted. The back-translated version of this final draft is available from the authors.

2.5. Statistical analysis

The factor structure and construct validity of the 19-item SOCRATES questionnaire were examined using two first-order confirmatory factor analyses, the first modeled on the three-independent-factor structure described by Miller and Tonigan (1996), and the second on the two independent factors described by Maisto et al. (1999). Cronbach's alpha was used to measure the reliability of the factors. The fit of the different models was assessed using four indices: (i) the goodness of fit index (GFI); (ii) the adjusted goodness-of-fit indices (AGFI), adjusted for degrees of freedom; (iii) a chi-squared/degrees of freedom ratio (χ^2/df) of less than 2; (iv) a standardized root-mean-square residual (RMSR) of less than 0.05; and (v) a root-mean-square error of approximation (RMSEA) of less than 0.03.

3. Results

3.1. Confirmatory factor analysis: the two- and three-factor models

The chi-squared of the three-factor model was 850.25 ($df=152$, $P<.0001$). The indices of fit were the following: GFI=0.793, AGFI=0.7417, RMSR=0.203, and RMSEA=0.1187, which show an adequate, but less than perfect, fit between the proposed three-factor model and the current data. The chi-squared of the two-factor model was 335.72 ($df=90$, $P<.0001$), and the indices of fit were the following: GFI=0.8366, AGFI=0.8488, RMSR=0.1351, and RMSEA=0.0915. These indices suggest a better fit for the two-factor model.

3.2. Reliability and item analysis of the two- and three-factor models

For the three-factor model of Miller and Tonigan (1996), the items making up Factor 1 (recognition) have good reliability, with item-total correlations of over .51, with the exception of item 1. For Factor 2 (ambivalence), the correlations are all around .51, with the exception of item 12. For Factor 3 (taking steps) the correlations are lower but still over .3, with the exception of item 15. For the two-factor model of Maisto et al. (1999), Factor 1 (AMRBC) has good reliability, with item-total correlations greater than .54, except for item 12. The items on Factor 2 (taking steps) have correlations greater than .41, with the exception of item 14. These results suggest that the items with low correlations should be excluded from the analysis (Table 1).

3.3. Correlation of the factors

For the three-factor model, there was a strong intrafactor correlation between recognition and ambivalence (.72), whilst the correlations between taking steps and recognition and

Table 1
CFA with factor weight and reliability analysis, with Cronbach's alpha using the data from this study, modeled on the proposed three-factor structure of Miller and Tonigan (1996) and the two-factor structure of Maisto et al. (1999)

		Confirmatory factorial analysis (Factor weights)					Reliability analysis (Cronbach's alpha)					
		Miller and Tonigan's (1996) model			Maisto et al.'s (1999) model		Miller and Tonigan's (1996) model			Maisto et al.'s (1999) model		
		Factor 1: Recognition	Factor 2: Ambivalence	Factor 3: Taking steps	Factor 1: AMREC	Factor 2: Taking steps	Factor 1: Recognition	Factor 2: Ambivalence	Factor 3: Taking steps	Factor 1: AMREC	Factor 2: Taking steps	
1	0.212*				-		1	.214				
3	0.574*				0.592*		3	.551		.554		
8	0.803*				0.801*		8	.730		.720		
11	0.863*				0.845*		11	.747		.736		
13	0.834*				0.828*		13	.732		.738		
16	0.663*				0.667*		16	.610		.602		
18	0.574*				0.597*		18	.513		.564		
2		0.648*			0.600*		2		.509		.614	
7		0.678*			0.553*		7		.510		.539	
12		0.239*			0.214*		12		.211		.210	
17		0.718*			-		17		.510		-	
4			0.685*		0.685*		4		.526		.574	
5			0.507*		0.528*		5		.326		.415	
9			0.554*		0.574*		9		.389		.424	
10			0.721*		0.724*		10		.524		.616	
14			0.396*		0.336*		14		.378		.282	
15			0.169*		-		15		.174		-	
19			0.646*		0.646*		19		.503		.536	
20			0.472*		-		20		.450		-	
							Alfa	.828	.646	.679	.856	.714

* Significant at the .01 level (two-tailed test).

ARTICLE IN PRESS

N.B. Rigle et al. / *Addictive Behaviors* 33 (2008) 332–333

5

between talking steps and ambivalence were lower (.39 and .28, respectively). For the two-factor model, the intracorrelation between the factors was low (.26). The interfactor correlations between the two models show that recognition and ambivalence are both strongly correlated with AMREC (.96 and .87, respectively), as are the talking steps factors from each model (.89). These results suggest that the proposed factors from both of these models are not independent, indicating that a new factor structure should be investigated.

3.4. Item analysis, reliability, and CFA for a new model with two correlated factors

Item analysis and Cronbach's alpha were used with the data modeled on the combined first and second factors described by Maisto et al. (1999). The Cronbach's alpha was .85, and there were low correlations for items 1 (.26) and 12 (.23), showing that these items do not form part of the factor. These items were excluded, and the data were reanalyzed. This corrected Factor 1 had 9 items, with item–total correlations greater than .55 and an alpha of .89. The item analysis of the third factor, described by Miller and Tonigan (1996), showed item–total correlations higher than .38, except for Item 15 (.174), and a reliability of .679. Item 15 was thus excluded from Factor 2. This corrected Factor 2 had 7 items and is similar with the second factor of Maisto et al. (1999). We named our first factor AmRec and our second factor Talking Steps.

To evaluate the structure of these two nonindependent factors, a further confirmatory factor analysis (CFA) was performed. The chi-squared of the new model was 407.22 ($df=103$, $P<.0001$; χ^2/df ratio = 407.22/103 > 2), which shows that there are differences between the proposed model and the data. The indices of fit were the following: GFI = 0.869, AGFI = 0.827, RMSEA = 0.091, and RMSEA = 0.0856. These results show that the model displays a good, but imperfect, fit. The correlation between the factors was .364, which is statistically significant.

4. Discussion

The transtheoretical stages of change model hypothesizes change as a process in which there is movement through a sequence of five separate stages, each characterized by a constellation of attitudes and behaviours (DiClemente et al., 1991). The validity of this model has been questioned, and attempts to measure the five stages as distinct entities have met with limited success (Davidson, 1992; Sutton, 1996, 2001). The aim of this paper was to investigate the factor structure of the Portuguese version of SOCRATES. We found that a two-nonindependent-factor structure fit the data better than a three-factor structure did—results that are similar with those of Maisto et al. (1999).

The reasons for the discrepancy between the factor structure reported by Miller and Tonigan (1996) and that found in subsequent studies are diverse. First, the instrument, in its present format, may be unable to distinguish between ambivalence and recognition because the item content of the questionnaire is inadequate. Our translation identified ambiguity in several items and the participants reported difficulties in answering them. Second,

.....

ARTICLE IN PRESS

6

N.B. Figue et al. / Addictive Behaviors 111 (2014) 111–118

ambivalence and recognition may be parts of the same phenomenon. Our factor analysis suggests that there is substantially more commonality between these concepts than there is uniqueness because the questions designed to measure them are highly correlated on a single factor. Third, our translation may have altered the performance of the questionnaire. However, we followed a meticulous process to ensure that a semantically equivalent, reliable, and valid version was produced, involving alternate translations, a bilingual multiprofessional committee to examine each question, taped interviews, and extensive piloting. Psychometric analysis showed that our version had good internal consistency and reliability.

It is also possible that different findings may be due to different factor analytic procedures. The study by Miller and Tonigan (1996) used factor analysis with principal components analysis, with orthogonal and nonorthogonal rotation and with a criterion of eigenvalues >1.0 . Maisto et al. (1999) used principal components analysis to extract factors with eigenvalues ≥ 1.0 , followed by a CFA with orthogonal rotation. They also used goodness of fit analysis to compare their two-factor model with the three-factor solution of Miller and Tonigan and found that the two-factor solution fit the data better.

Further work is necessary to investigate the psychometric properties of the SOCRATES in different clinical and cultural populations. But if the three-factor structure cannot be verified, then, either the instrument or the stages of change model need to be reconsidered.

Acknowledgements

The authors would like to thank Janaina Turisco and Roberta Pava for their help with the data collection and the staff of the outpatients clinics who made this study possible.

Sources of funding: FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo).

References

- Davidson, R. (1992). Editorial and commentary: "Prochaska and DiClemente's model of change: A case study?" *British Journal of Addiction*, *87*, 821–835.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Miller, W. F., Fairhurst, S., Rossi, J. S., & Velicer, M. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of the precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 295–304.
- Jorge, M. R., & Maier, J. (1985). The use of the short-form alcohol dependence data questionnaire (SADD) in Brazilian alcoholic patients. *British Journal of Addiction*, *80*, 301–305.
- Maisto, A. S., Coniglaro, J., McNeil, M., Kramer, K., O'Connor, M., & Kelley, M. E. (1999). Factor structure in a sample of primary care patients. *Addictive Behaviors*, *24*(6), 879–892.
- Mendes, E. B., Lima, M. S., Olinto, M. T. A., & Farrell, M. (1999). Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Poster session presented at XIII Congresso Brasileiro sobre Alcoolismo e outras Dependências—ABEAD, Rio de Janeiro, Brazil.
- Miller, W. R. (1995). *SOCRATES: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (Version 8)*. Albuquerque, NM: University of New Mexico.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1998). Assessing drinkers' motivation for change: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychiatry and Addictive Behaviors*, *10*(2), 81–89.

ARTICLE IN PRESS

N.B. Singh et al. / *Addictive Behaviors* xxx (2004) xxx–xxx

7

- Sutton, S. (1996). Can "stages of change" provide guidance in the treatment of addiction? A critical examination of Prochaska and DiClemente's model. *Psychological Treatments and the Addictions* (pp. 189–205). Cambridge, UK: Cambridge University Press. 179–180
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*, 96, 175–186. 181–182
- Tabakoff, B., & Dongler, M. (1996). The WHO-SIRIA study on site and trait markers in alcoholism: Progress report. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 20(3), 23–27. 183–185

UNCORRECTED PROOF

Artigo 3

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

Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente

Factor structure of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in alcohol dependent outpatients

Neliana Buzi Figlie,^a John Dunn^b e Ronaldo Laranjeira^a

^aUnidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

^bRoyal Free & University College Medical School, London

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi o de investigar a confiabilidade e a estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES), versão 8,¹ instrumento com 19 itens que mensura a prontidão para a mudança em dependentes de álcool.

Métodos: Uma análise fatorial confirmatória da SOCRATES foi realizada em uma amostra de 326 dependentes de álcool, tratados ambulatorialmente, tendo como base a estrutura fatorial demonstrada por Miller & Tonigan² e Maisto et al.³

O questionário foi traduzido e adaptado culturalmente para o idioma português, sendo posteriormente submetido ao procedimento da retradução para o idioma inglês. Durante esse procedimento, foram realizadas algumas modificações, visando a simplificar alguns itens que apresentaram formato complexo.

Resultados: As análises estatísticas mostraram a existência de dois fatores correlacionados que melhor exploraram o modelo, sendo este achado similar ao estudo de Maisto et al.³

Conclusões: Foi constatada menor evidência para o modelo de três fatores. Esses resultados são comparados com estudos prévios e as discrepâncias são discutidas neste artigo.

Descritores: Alcoolismo. Motivação. Análise fatorial. Estudos de validação.

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the reliability and factor structure of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES), version 8,¹ a 19-item self-reported instrument developed to measure readiness to change in alcohol-dependent alcoholics.

Methods: A Confirmatory Factor analysis of the SOCRATES was performed based on the factor structures previously demonstrated by Miller & Tonigan² and Maisto et al.³ in a sample with 326 alcohol-dependent outpatients.

The questionnaire was translated into Portuguese, cross-culturally adapted and back-translated into English. During this process SOCRATES underwent some modifications to simplify some complex question formats.

Results: The analysis showed that two correlated factors provided the best fit for the data and that these were similar to Maisto et al.'s³ factors.

Conclusions: There was less evidence to support a three-factor structure. The results are compared to previous studies and the reasons for discrepancies are discussed.

Keywords: Alcoholism. Motivation. Factor analysis, statistical. Validation studies.

Introdução

O Modelo Trans-Teórico dos Estágios de Mudança (*Transtheoretical Model of Stages of Change*), descrito por Prochaska e DiClemente,⁴ propõe uma explicação geral e abrangente sobre a forma como as pessoas modificam seus hábitos de dependência, por meio de passos sequenciais e progressivos (da pré-contemplação à contemplação, determinação, ação e, finalmente, manutenção). Dentro desse marco, a motivação se manifesta por meio de comportamentos específicos aos estágios demonstrados pelos pacientes.

Miller⁵ definiu a motivação como a "probabilidade de uma pes-

soa ingressar, continuar e aderir a uma estratégia de mudança específica". A motivação é vista como um estado de prontidão ou avidez para a mudança, que pode flutuar de um momento (ou situação) para outro e pode ser entendido como um estado interno influenciado por fatores externos. O conceito de motivação foi extensamente estudado no abuso de substâncias.^{6,7,8,5,9} Em relação ao abuso de álcool, a atribuição do estágio e a prontidão para a mudança do paciente no início do tratamento costumam prever as medidas de desfecho do tratamento, tais como consumo de álcool e intervalo até a primeira embriaguez.^{10,11,12}

Miller desenvolveu a *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES) com o objetivo de avaliar a motivação para a mudança em pacientes com consumo problemático de álcool. Uma versão de 32 itens foi inicialmente desenvolvida com seu conteúdo especificamente focado no consumo problemático de álcool. O objetivo foi o de medir as cinco principais etapas de mudança: pré-contemplação, contemplação, determinação, ação e manutenção.^{13,14} Desde sua primeira versão, o questionário foi extensamente testado do ponto de vista psicométrico, tendo sido substancialmente modificado em relação ao conteúdo dos itens e ao número total de itens. Sua última versão possui 19 itens e consiste de três fatores ortogonais, que foram denominados Ação, Reconhecimento e Ambivalência.²

Maisto et al.³ estudaram recentemente a estrutura fatorial da SOCRATES de 19 itens em pacientes de instituições de atendimento primário e encontraram somente dois fatores. O primeiro foi denominado AMREC (uma combinação de ambivalência e reconhecimento), com nove itens, e o segundo, Ação, com seis itens e correspondendo ao fator de mesmo nome descrito por Miller & Tonigan.² Uma análise fatorial confirmatória sugeriu que essa estrutura com dois fatores explorava melhor os dados que a estrutura com três fatores proposta por Miller & Tonigan.² Outro estudo com adolescentes que se apresentaram para tratamento de transtorno de abuso de álcool identificou dois fatores chamados de ação e reconhecimento.¹⁵

O objetivo deste estudo foi o de examinar a confiabilidade e a estrutura fatorial da versão em português da SOCRATES⁸ entre pacientes dependentes de álcool e investigar quais das estruturas, de dois ou de três fatores, é a mais adequada aos dados.

Método

1. Ambulatórios

O estudo foi realizado no Hospital São Paulo/Universidade Federal de São Paulo, um hospital-escola federal. Dois ambulatórios foram utilizados: um de gastroenterologia e outro especializado no tratamento de abuso/dependência de álcool. Consideramos importante termos, na amostra, pacientes que podem apresentar diferentes níveis de motivação em relação à procura de ajuda para seu problema com álcool – daí a escolha de dois ambulatórios. Os critérios de inclusão foram os seguintes:

1) No ambulatório especializado no tratamento de abuso/dependência de álcool: todos os pacientes que procuraram ajuda para resolver seus problemas relacionados com álcool e que tiveram escores leve, moderado ou grave na *Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire* (SADD).¹⁶

2) No ambulatório de gastroenterologia: através do AUDIT (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*),¹⁷ os pacientes que tiveram escores positivos (≥ 8) foram entrevistados com o *Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire* (SADD).¹⁶ Depois disso, os mesmos critérios foram aplicados.

Durante o período de estudo, de 21 meses, dos 336 pacientes que se apresentaram no ambulatório de gastroenterologia, 158 (47%) tiveram escores positivos na AUDIT.¹⁷

Os critérios de exclusão foram: pacientes que abusaram de outras substâncias, além de álcool, e pacientes que estavam confusos. As mulheres também foram excluídas do estudo. Como havia poucas mulheres apresentando-se em qualquer dos dois serviços, consideramos melhor excluí-las, já que gênero poderia ser um fator de confusão em subseqüentes análises.

2. Sujeitos

Foram entrevistados 151 pacientes da clínica gastroenterológica e 175 da clínica especializada de tratamento de abuso/dependência de álcool, totalizando 326 sujeitos. Cinco pacientes recusaram-se a participar do estudo. As entrevistas foram conduzidas nos ambulatórios, na primeira consulta.

As características demográficas da amostra estão na Tabela 1 e seus padrões de consumo de álcool e marcadores biológicos estão na Tabela 2.

3. Medidas

As entrevistas estruturadas foram conduzidas por três psicólogas experientes. Cartões com opções de resposta foram utilizados para facilitar as respostas dos pacientes. A entrevista consistiu do seguinte:

1) Dados demográficos: idade, gênero, raça, estado civil, escolaridade, ocupação e renda familiar.

2) A *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES), Versão 8¹: mede os estados de mudança em relação a Reconhecimento, Ambivalência e Ação. A versão 8 possui um sistema de numeração diferente para os itens. Por razões de clareza, utilizamos o sistema de numeração original descrito por Miller & Tonigan² para todos os três estudos.

3) *Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire* (SADD):

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos de 326 homens dependentes de álcool de duas instituições de tratamento ambulatorial

CARACTERÍSTICA	PORCENTAGEM (NÚMERO)
Idade Média – anos (DP)	44 (11)
Escolaridade	
Analfabeto	5% (16)
Primeiro grau	57% (187)
Segundo grau	25% (82)
Faculdade/Universidade	13% (41)
Raça	
Branca	72% (235)
Não-branca (Negro e interracial)	28% (91)
Tipo de ocupação	
Operacional	27% (89)
Escritório	28% (90)
Desempregado	35% (114)
Outra	10% (33)
Renda familiar*	
1 a 5 s.m.	40% (129)
5 a 10 s.m.	32% (105)
10 a 20 s.m.	15% (51)
Acima de 20 s.m.	9% (29)
Não sabido	4% (12)
Status ocupacional no ano passado	
40 horas semanais	49% (160)
Menos de 40 horas semanais	35% (114)
Desempregado	16% (52)

NOTA: *s.m. = salário mínimo = R\$151,00, durante o período de 1998 a 1999.

Tabela 2 – Padrão de consumo de álcool e marcadores biológicos de dependência de álcool entre homens de duas instituições de tratamento ambulatorial

VARIÁVEL	MÉDIA (VARIAÇÃO INTERQUARTIL)
Consumo de álcool nos últimos 30 dias – unidades	81.5 (0-281)
Duração do atual abuso de álcool – semanas	20 (8-96)
Intervalo desde a última bebedeira – dias	12 (1-42)
Consumo mensal de álcool durante o uso mais pesado* – unidades	630 (300-1020)
Duração do período mais pesado de consumo de álcool – semanas*	240 (88-480)
GGT** (normal: 11 a 43 U/L)	87 (45-200)
AST*** (normal: até 37 U/L)	39 (25-68)
ALT**** (normal: até 40 U/L)	32 (20-59)
Gravidade da dependência de álcool – %(n)	
Suave	19 (62)
Moderada	34 (112)
Pesada	47 (152)

NOTA: Tamanho da amostra *n=283, **n=229, ***n=280, ****n=279.

esta escala mede a gravidade de dependência de álcool (leve, moderado e grave). A versão em português foi desenvolvida por Jorge e Masur.¹⁶

4) Padrões de consumo de álcool: foram documentados utilizando a escala de entrevista desenvolvida para o WHO/ISBRA *Study on State and Trait Markers in Alcoholism*.¹⁸ As perguntas relacionam-se com o padrão de consumo de álcool em relação ao tipo de bebida, à quantidade e à frequência de uso nos últimos 30 dias, bem como ao período de uso mais pesado de álcool na vida. Uma unidade de álcool foi considerada como equivalente a 10 ml de álcool puro.

5) Marcadores biológicos: aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT) e gama glutamiltransferase (GGT). No ambulatório de gastroenterologia, esses testes eram rotineiros, de forma que a maioria dos pacientes possui resultados; já no ambulatório especializado no abuso/dependência de álcool, um número menor de pacientes apresentou estes resultados, por não se tratar de uma rotina nesse tratamento.

Processo de tradução e adaptação cultural da SOCRATES

A escala foi traduzida por dois pesquisadores com um bom domínio de inglês, resultando em duas traduções que foram testadas, cada uma, com um grupo de dez dependentes de álcool, com o objetivo de descobrir qual a forma mais facilmente compreensível para os sujeitos. Esse processo resultou em uma segunda versão, que foi reaplicada em outro grupo de dez alcoolistas, que também foram solicitados a explicar o significado das perguntas e a respondê-las. O objetivo foi o de verificar se o paciente e o entrevistador concordavam sobre o que as questões realmente significavam. Para cada item, os entrevistados utilizaram uma escala Likert com 5 pontos – variando de 1 (discorda totalmente) a 5 (concorda completamente).

Questões mais complexas tiveram que ser simplificadas, pois os pacientes tendiam a responder somente parte da questão, sem referir-se à outra metade. Por exemplo, a questão 20: “Eu tenho feito algumas mudanças no meu consumo de álcool e quero alguma ajuda para não voltar a beber como antes”. Os pacientes tenderam a responder a esta questão concordando

ou discordando que tinham feito mudanças na sua forma de beber ou que tinham desejado ajuda para impedi-los de voltar a beber como antes. Para complicar mais esse problema, se os pacientes não tivessem realizado nenhuma mudança em sua forma de beber, então, por definição, eles não poderiam responder à pergunta. Nossa solução a esse problema foi dividir a pergunta em seus componentes cronológicos e seqüenciais, primeiro: “Você fez mudanças no seu hábito de beber?”. Se os pacientes respondessem negativamente, seriam automaticamente atribuídos à categoria *discordo muito*. Se respondessem afirmativamente, o segundo componente da pergunta seria colocado para eles: “Eu quero alguma ajuda para não voltar a beber como antes”, para o qual eles poderiam escolher entre *discordo muito* a *concordo muito*. Pode-se argumentar que isso não é uma solução satisfatória, já que os pacientes podem ainda querer parar de beber, mesmo que não desejem o tipo de ajuda declarado na pergunta. Em vez de excluir totalmente essas três perguntas, sentimos que seria melhor o meio termo. O mesmo procedimento foi seguido para as perguntas 14 e 15. Por outro lado, é importante notar que esse processo pode prejudicar a comparação entre os resultados obtidos pela versão original e a versão em português.

A terceira versão do questionário foi, então, submetida a um comitê *ad hoc*, composto por um psicólogo brasileiro – que trabalhava na área de dependência de drogas e que tinha um bom entendimento de inglês –, um profissional brasileiro que trabalhava com dependência de drogas e não falava inglês, um psiquiatra britânico que trabalhava com dependência de drogas e era fluente em português e um psicólogo britânico que trabalhava com dependência de drogas e tinha algum conhecimento de português. O comitê estudou cada pergunta, verificando o original em inglês e suas várias traduções em português. Ao final, um consenso foi alcançado em relação a qual versão era mais facilmente compreensível pelo paciente brasileiro médio, ao mesmo tempo em que mantinha o conceito original da pergunta.

A versão do questionário feita pelo comitê *ad hoc* foi aplicada a outro grupo de pacientes com dependência de álcool, de

forma que cada pergunta fosse feita a cinco sujeitos diferentes. Para os pacientes, o objetivo era de que eles dessem seu entendimento sobre o que as perguntas significavam e as respondessem. Essas entrevistas foram gravadas. Pequenas modificações foram feitas após cada entrevista antes da versão final.¹⁹ A versão em português da forma final está no Anexo 1. A tradução reversa foi feita por um professor de inglês americano, sem referenciar-se na versão original do questionário.

4. Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas Médicas da Universidade Federal de São Paulo, Brasil. Todos os sujeitos receberam informações sobre a pesquisa, tendo assinado o formulário do consentimento informado antes de participar e assegurados o anonimato e a confidencialidade.

5. Análise estatística

O primeiro passo foi investigar a estrutura fatorial e a validade de construto do questionário de 19 itens da SOCRATES. Isso foi feito utilizando duas análises fatoriais de confirmação de primeira ordem, a primeira modelada sobre as três estruturas fatoriais descritas por Miller & Tonigan² e a segunda sobre os dois fatores independentes, descrita por Maisto et al.³ A confiabilidade dos fatores foi medida pelo exame de sua consistência interna – usando o alfa de Cronbach – e a análise de itens foi baseada na correlação entre os itens e o escore total. A correlação entre os fatores e os resultados das análises de itens sugere a existência de uma estrutura fatorial baseada em dois fatores não-independentes.

Utilizando o pacote estatístico SAS, a covariância gerada pela CALIS (*Covariance Analysis of Linear Structural Equations*) foi utilizada para testar os modelos de análise fatorial confirmatória, estimar os parâmetros e testar a adequação dos modelos de equações estruturais utilizando análise estrutural de covariância e estimativa de probabilidade máxima. O ajustamento dos diferentes modelos foi avaliado por meio de quatro índices: 1) o *Goodness Fit Index* (GFI), com variação de 0 a 1, sendo 0,90 a maior evidência de um modelo com bom ajustamento;²⁰ 2) o *Adjusted Goodness-of-Fit Indices* (AGFI), que se refere a um GFI ajustado para graus de liberdade no modelo, também variando entre 0 e 1;²¹ 3) uma razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade (χ^2/df) menor que 2;²² 4) raiz quadrada do erro quadrático médio (RMSR) menor que 0,05;²² e 5) um erro de aproximação da raiz quadrática média (RMSEA) de menos de 0,08.²³

Resultados

Análise fatorial confirmatória: modelos de dois e três fatores

Para avaliar a estrutura de três fatores, proposta por Miller & Tonigan,² e a de dois fatores, proposta por Maisto et al.,³ utilizamos a análise fatorial confirmatória (AFC) baseada nesses modelos, com erros e fatores independentes.

Para o modelo de três fatores, todos os itens têm peso significativo nas dimensões correspondentes – como se pode ver na Tabela 3. O qui-quadrado desse modelo foi de 850,25, g.l.=152, $p<0,0001$. Os índices de ajustamento foram: GFI=0,793, AGFI=0,7417, RMSR=0,203 e RMSEA=0,1187, o que mostra um

Tabela 3 – Análise Fatorial Confirmatória da escala SOCRATES, com carga fatorial e análise de confiabilidade usando o alfa de Cronbach deste estudo baseado na estrutura de três fatores proposta por Miller & Tonigan (1996) e na estrutura de dois fatores proposta por Maisto et al. –1999

ITENS	ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA (PESOS DOS FATORES)					ITENS	ANÁLISE DE CONFIABILIDADE (ALFA DE CRONBACH)				
	Modelo de Miller & Tonigan (1996)			Modelo de Maisto et al. (1999)			Modelo de Miller & Tonigan (1996)			Modelo de Maisto et al. (1999)	
	Fator 1 Reconhecimento	Fator 2 Ambivalência	Fator 3 Ação	Fator 1 AMREC	Fator 2 Ação		Fator 1 Reconhecimento	Fator 2 Ambivalência	Fator 3 Ação	Fator 1 AMREC	Fator 2 Ação
1	0,212*			–		1	0,214			–	
3	0,574*			0,592*		3	0,551			0,554	
8	0,803*			0,801*		8	0,730			0,720	
11	0,863*			0,845*		11	0,747			0,736	
13	0,834*			0,828*		13	0,732			0,738	
16	0,663*			0,667*		16	0,610			0,602	
18	0,574*			0,597*		18	0,513			0,564	
2		0,648*		0,600*		2		0,509		0,614	
7		0,678*		0,553*		7		0,510		0,539	
12		0,239*		0,214*		12		0,211		0,210	
17		0,718*		–		17		0,510		–	
4			0,685*		0,685*	4			0,526	0,574	
5			0,507*		0,528*	5			0,326	0,415	
9			0,554*		0,574*	9			0,389	0,424	
10			0,721*		0,724*	10			0,524	0,616	
14			0,396*		0,336*	14			0,378	0,282	
15			0,169*		–	15			0,174	–	
19			0,646*		0,646*	19			0,503	0,536	
20			0,472*		–	20			0,450	–	
						Alfa	0,828	0,646	0,679	0,856	0,714

NOTA: *O coeficiente (pesos de fatores) é significativo no nível 0,01 (teste bicaudado).

Tabela 4 – Correlações inter e intrafatores da escala SOCRATES para os modelos propostos por Miller & Tonigan (1996) e Maisto et al. – 1999

		MILLER & TONIGAN (1996)			MAISTO ET AL. (1999)	
		Reconhecimento	Ambivalência	Ação	AMREC	Ação
Miller & Tonigan (1996)	Reconhecimento	1,00	0,72*	0,39*	0,96*	0,28*
	Ambivalência	0,72*	1,00	0,28*	0,87*	0,24*
	Ação	0,39*	0,28*	1,00	0,36*	0,89*
Maisto et al. (1999)	AMREC	0,96*	0,87*	0,36*	1,00	0,26*
	Ação	0,28*	0,24*	0,89*	0,26*	1,00

NOTA: *A correlação é significativa no nível 0,01 (bicaudado).

ajustamento menor que o ideal entre o modelo de três fatores proposto e os dados atuais.

Para o modelo de dois fatores (AMREC: Ambivalência-Reconhecimento e Ação), todos os itens tinham peso significativo nas dimensões correspondentes (Tabela 3). O qui-quadrado desse modelo foi de 335,72, g.l.=90, $p < 0,0001$. Os índices de ajustamento foram: GFI=0,8866, AGFI=0,8488, RMSR= 0,1351 e RMSEA=0,0915. Todos esses índices sugerem um melhor ajustamento para o modelo de dois fatores, como foi proposto por Maisto et al.³

Confiabilidade e análise de itens dos modelos de dois e três fatores

Para o modelo de três fatores, de Miller & Tonigan,² os itens que compõem o fator 1 (Reconhecimento) possuem uma boa confiabilidade, com correlações item-total acima de 0,51 – exceto o item 1. Para o fator 2 (Ambivalência), as correlações são maiores que 0,50 – exceto o item 12. Para o fator 3 (Ação), as correlações são ainda menores, mas acima de 0,3 – exceto o item 15. Para o modelo de dois fatores, de Maisto,³ o fator 1 (AMREC) possui boa confiabilidade com o item para correlações acima de 0,54 – exceto o item 12. Os itens no fator 2 (Ação) possuem correlações maiores que 0,41 – exceto o item 14. Esses resultados sugerem que os itens com baixas correlações devem ser excluídos da análise (Tabela 3).

Correlação dos fatores

Para explorar a relação entre os fatores baseando-se nos dois modelos, estudamos as correlações intra e interfatores. As correlações intrafatores mostram se os fatores dentro de cada modelo são independentes um do outro. As correlações interfatores mostram a relação entre os dois modelos. Para o modelo de três fatores, há uma forte correlação entre Reconhecimento e Ambivalência. Para o modelo de dois fatores, as correlações são muito menores (Tabela 4).

As correlações interfatores entre os dois modelos mostram que Reconhecimento e Ambivalência estão estreitamente correlacionados com o AMREC, como o estão os fatores Ação de cada modelo.

Esses resultados sugerem que os três fatores descritos por Miller & Tonigan² e os dois fatores (AMREC e Ação) propostos por Maisto et al.³ não são independentes, indicando que uma nova estrutura fatorial deve ser investigada.

Análise de itens, confiabilidade e AFC para um modelo de dois fatores correlacionados

Uma análise de itens e o alfa de Cronbach foram utilizados com os dados modelados nos primeiros e segundos fatores combinados, conforme descrição de Maisto et al.³ O alfa de Cronbach foi de 0,846 e houve baixas correlações para os itens 1 (0,259)

Itens	PRIMEIRA ANÁLISE COM TODOS OS ITENS		SEGUNDA ANÁLISE EXCLUINDO ITENS COM BAIXAS CORRELAÇÕES	
	Fator 1	Fator 2	Fator 1 corrigido	Fator 2 corrigido
1	0,259		–	
3	0,574		0,565	
8	0,710		0,724	
11	0,723		0,739	
13	0,722		0,747	
16	0,609		0,635	
18	0,571		0,595	
2	0,617		0,614	
7	0,567		0,554	
12	0,227		–	
17	0,659		0,681	
4		0,526		0,562
5		0,326		0,369
9		0,389		0,383
10		0,524		0,598
14		0,378		0,420
15		0,174		–
19		0,503		0,521
20		0,450		0,476
Alfa	0,865	0,679	0,890	0,738

Tabela 6 – Análise Fatorial Confirmatória da estrutura fatorial da escala SOCRATES de dois fatores não-independentes proposta mostrando a relação entre as variáveis observadas e latentes e os pesos dos fatores

VARIÁVEIS OBSERVADAS (ITENS)	FATOR1 CORRIGIDO	FATOR2 CORRIGIDO
3	0,601*	
8	0,791*	
11	0,826*	
13	0,822*	
16	0,682*	
18	0,615*	
2	0,609*	
7	0,576*	
12	Não analisado	
17	0,690*	
4		0,694*
5		0,514*
9		0,568*
10		0,698*
14		0,360*
15		não analisado
19		0,669*
20		0,454*

NOTA: *O coeficiente (pesos fatoriais) é significativo no nível 0,01 (teste bicaudado)

e 12 (0,2274), mostrando que esses itens não são parte do fator. Esses itens foram excluídos e os dados foram reanalisados. O fator 1, corrigido, tem 9 itens e é muito similar ao fator AMREC de Maisto et al.,³ exceto pelo fato de que incorporou o item 17 e excluiu o item 12. Sua correlação item-total foi maior que 0,55 e seu alfa foi de 0,89. O item 15 foi então excluído do fator 2. O fator 2, corrigido, tem 7 itens e é similar ao segundo fator de Maisto et al.,³ exceto pelo fato de que incorpora o item 20. Nós denominamos nosso primeiro fator como AmRec e o segundo, como Ação.

Para avaliar a estrutura desses dois fatores não-independentes, foi realizado outra AFC. A hipótese da existência dessa nova estrutura fatorial de dois fatores é parcialmente confirmada pelos resultados da análise. Todos os itens possuem peso significativo ($p < 0,001$) nas dimensões correspondentes (como se pode visualizar na Tabela 6). O qui-quadrado desse modelo foi de 407,22 ($g.l.=103$, $p < 0,0001$) – razão entre χ^2 e $g.l. = 407,22/103 > 2$ –, que mostra que existem diferenças entre o modelo proposto e os dados. Os índices de ajustamento foram: GFI = 0,869, AGFI = 0,827, RMSR = 0,091 e RMSEA = 0,0856. Esses resultados mostram que o modelo demonstra um ajustamento bom, porém imperfeito. A correlação entre os fatores foi de 0,364 ($p < 0,01$), o que é estatisticamente significativo.

Correlação com o consumo total de álcool nos últimos 30 dias

Para examinar a validade dos diferentes modelos, calculamos a correlação entre os escores obtidos em cada fator com o consumo total de álcool nos 30 dias anteriores à pesquisa. Como essa medida teve uma distribuição assimétrica, foi feita uma transformação logarítmica. Tendo sido nossos dados modelados pela estrutura de três fatores, de Miller & Tonigan,² as correlações de Pearson foram as seguintes: Ambivalência ($r=0,240$,

$p < 0,001$), Reconhecimento ($r=0,211$, $p < 0,001$) e Ação ($r=0,178$, $p < 0,001$). Para o modelo baseado no modelo de dois fatores, de Maisto et al.,³ as correlações foram: AMREC ($r=0,219$, $p < 0,001$) e Ação ($r=0,142$, $p < 0,01$).

Discussão

O Modelo Trans-Teórico de Estágios de Mudança foi questionado e as tentativas de medir os cinco estágios como entidades distintas tiveram êxito limitado.^{24,25,26,27} O objetivo deste artigo foi o de investigar a estrutura fatorial da versão em português da escala SOCRATES. Miller & Tonigan² afirmam que a escala SOCRATES possui uma estrutura de três fatores, que consiste de Ambivalência, Reconhecimento e Ação. Encontramos que a estrutura de dois fatores não-independentes ajusta-se melhor aos dados do que uma de três fatores. Os dois fatores estavam compostos de itens agrupados ao redor de dois diferentes conceitos, denominados de AmRec (uma combinação de Ambivalência e Reconhecimento) e Ação, similares aos resultados obtidos por Maisto et al.³

Um estudo com estudantes universitários²⁸ deu um modesto apoio para que a escala SOCRATES tivesse uma estrutura de três fatores. Nesse estudo, os autores utilizaram uma análise fatorial confirmatória com um questionário SOCRATES com 19 itens e encontraram que o modelo de três fatores ajusta-se aos dados de forma moderadamente boa. A seguir, eles removeram os três itens com as cargas fatoriais cruzadas (*cross loadings*) mais fracas e repetiram a análise. A versão com 16 itens teve melhor desempenho que a versão completa.

Maisto et al.^{3,15} encontraram dois fatores que eram quase iguais aos nossos. Esses autores citam trabalho não-publicado que sugere que o fator Ambivalência, encontrado por Miller & Tonigan (1996), pode ser instável. Eles citam que Dermen et al.²⁹ não encontraram cargas fatoriais cruzadas significativas para os itens de Ambivalência na escala SOCRATES em uma amostra de pacientes de um centro de internação para tratamento de abuso de substâncias e que Busby & Parker³⁰ encontraram que a escala de Ambivalência tinha consistência interna pobre.

Há variadas razões para a discrepância entre a estrutura fatorial relatada por Miller & Tonigan² e a encontrada nos estudos subsequentes. Primeiro, o instrumento, no seu formato atual, pode não ser capaz de distinguir entre Ambivalência e Reconhecimento, porque o conteúdo dos itens do questionário é inadequado para realizar tal distinção. Nosso processo de tradução identificou ambigüidade em vários itens e os sujeitos relataram que alguns itens foram difíceis de serem respondidos. Com perguntas melhores e mais precisas para caracterizar Ambivalência, poderia ser possível refinar e modificar o instrumento para fazer uma distinção mais clara entre esse fator e o Reconhecimento.

Uma segunda explicação é que a Ambivalência e o Reconhecimento são, de fato, parte do mesmo fenômeno. A partir da experiência clínica cotidiana, pode-se imaginar pacientes que reconheçam terem problemas com álcool, mas que sejam ambivalentes quanto à necessidade de pararem de beber para modificarem seus estilos de vida ou para seguir um programa de tratamento prescrito. Em estágios precoces do tratamento, a Ambivalência e o Reconhecimento são, em geral, observadas

conjuntamente. Nossa análise fatorial sugere que há substancialmente mais semelhança entre esses conceitos do que um caráter único, já que o conjunto de perguntas desenhadas para medi-los não varia independentemente, mas, de fato, está altamente correlacionado a um único fator.

Maisto et al.³ propuseram uma explicação alternativa para seu insucesso em reproduzir a solução de três fatores de Miller & Tonigan,² em particular por não terem encontrado um fator de Ambivalência. No estudo de Miller & Tonigan,² os pacientes provinham de serviços de atenção secundária e tinham níveis consideravelmente mais altos de consumo de álcool e uma gravidade do problema de uma natureza e grau que seria facilmente reconhecível pela maioria dos observadores. Eles sugerem que, se os indivíduos ainda estão incertos quanto a terem problemas com a bebida (dependência de álcool e complicações secundárias), então outros fatores podem estar em jogo (tais como a negação patológica ou o déficit cognitivo), o que poderia refletir-se em um fator de ambivalência. No entanto, nossa amostra também deriva de serviços de tratamento secundário – a maioria dos pacientes era moderada ou gravemente dependente e aqueles providos do ambulatório de gastroenterologia já tinham desenvolvido complicações físicas do consumo de álcool –, mas, mesmo assim, fomos incapazes de encontrar evidências convincentes de um fator de ambivalência separado.

É possível que esses diferentes achados devam-se, em parte, aos diferentes procedimentos de análise fatorial. O estudo de Miller & Tonigan² utilizou uma análise fatorial com análise de componentes principais com rotações ortogonais e não-ortogonais e um critério de *eigenvalues* >1,0. Maisto et al.³ utilizaram uma análise de componentes principais com rotação ortogonal para extrair fatores com *eigenvalues* ≥1,0, seguida por uma análise fatorial confirmatória com rotação ortogonal. Também utilizaram uma análise da excelência de ajustamento para comparar seu modelo de dois fatores com a solução de três fatores de Miller & Tonigan² e encontraram que a solução de dois fatores ajustava-se melhor aos dados.

A remoção dos três itens de baixa confiabilidade (perguntas 1, 12 e 15) pode ter tido algum efeito em nossa análise fatorial. Miller & Tonigan² utilizaram a escala SOCRATES de 20 itens, mas eliminaram um deles (pergunta 6) devido à sua baixa carga fatorial e à dificuldade de fazer a pergunta em uma instituição de acompanhamento clínico. Maisto³ excluiu o item 17 devido a um erro de cálculo. Eles então excluíram os itens 1, 15 e 20. Os três itens que nós removemos foram os das seções Ação e Reconhecimento do questionário.

Nosso estudo utilizou uma versão em português da escala SOCRATES, portanto, o processo de tradução deve ser examinado, pois pode ter afetado também o desempenho do instrumento. Uma má tradução pode afetar a consistência interna, a confiabilidade e a validade de um instrumento desenvolvido em outro idioma e outra cultura.^{31,32} Seguimos um meticuloso processo para assegurar que uma versão semanticamente equivalente, confiável e válida fosse produzida. Isso envolveu traduções alternativas do questionário produzido e um comitê bilíngüe multiprofissional, que examinou cada pergunta, gravou as entrevistas com os pacientes e realizou um extenso teste-

piloto. Os pacientes, por sua vez, não somente eram solicitados a responder às perguntas, mas também a dizerem o que elas significavam. A análise psicométrica demonstrou que nossa versão possuía boa consistência interna e confiabilidade. Nosso modelo de dois fatores é consistente com os achados de outros estudos, ainda que, dos três itens excluídos devido às suas baixas correlações inter-itens, somente um tenha sido excluído por Maisto et al.³ (item 1). Recorremos à alteração da estrutura de três perguntas, o que poderia ter mudado o desempenho do questionário. Percebemos que essas modificações eram necessárias para possibilitar que todos os pacientes respondessem a todas as perguntas, mas nossa solução não foi inteiramente satisfatória.

Sutton²⁶ questionou os achados de Miller & Tonigan² e os criticou por não relatarem a matriz de correlação completa. Notou que as sub-escalas de pré-contemplação e determinação estiveram negativamente correlacionadas (-0,70 na amostra de pacientes hospitalizados e -0,62 na amostra de pós-tratamento), que as sub-escalas Ação e Manutenção estavam positivamente correlacionadas (0,69 e 0,56), e que outras correlações foram modestas. Ele interpretou esses resultados como uma sugestão de falta de distinção entre pré-contemplação e determinação e entre ação e manutenção.

Conclusão

São necessários mais estudos para investigar a estrutura fatorial da escala SOCRATES em diferentes populações clínicas e culturais, em especial fora dos países anglo-saxões. Mais estudos são necessários para entender os aspectos que a escala SOCRATES não mede e isso demonstra que essa escala possa ser melhorada.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer à Janaina Turisco e Roberta Paya por sua ajuda com a coleta de dados e às equipes dos ambulatórios que tornaram este estudo possível.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP.

Recebido em 21.10.2003

Aceito em 04.07.2003

Anexo 1 – Versão em português da escala *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)*

	DISCORDO MUITO	DISCORDO	INDECISO	CONCORDO	CONCORDO MUITO
1- Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
2- As vezes, eu penso se sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
3- Se eu não mudar logo a minha maneira de beber, meus problemas vão ficar piores.	1	2	3	4	5
4- Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação à minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
5- Estou tentando controlar a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
6- As vezes, eu penso se o meu beber está prejudicando as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7- Eu sou uma pessoa que tem problemas com bebidas alcoólicas.	1	2	3	4	5
8- Eu não estou pensando apenas nas mudanças da minha maneira de beber. Eu já estou fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
9- Eu já mudei o meu hábito de beber e estou buscando meios para não voltar a beber como bebia antes.	1	2	3	4	5
10- Eu tenho graves problemas com a bebida.	1	2	3	4	5
11- As vezes, eu penso se tenho controle sobre a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
12- O meu hábito de beber está causando muitos transtornos.	1	2	3	4	5
13- Você parou ou diminui seu hábito de beber? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito</i> e vá para Q14. () Sim – Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar o meu beber.	1	2	3	4	5
14- Antes você tinha problemas com a bebida? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito</i> e vá para Q15. () Sim – Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter os problemas com a bebida que eu tinha antes.	1	2	3	4	5
15- Eu sei que tenho problemas com bebidas alcoólicas.	1	2	3	4	5
16- As vezes, eu acho que bebo demais.	1	2	3	4	5
17- Eu sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
18- Eu estou me esforçando muito para mudar o meu hábito de beber.	1	2	3	4	5
19- Você fez mudanças no seu hábito de beber? () Não – Coloque a resposta <i>Discordo Muito</i> . () Sim – Eu quero alguma ajuda para não voltar a beber como antes.	1	2	3	4	5

Referências

1. Miller WR. *SOCRATES The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Version 8)*. Albuquerque (NM): Univ New Mexico; 1995.
2. Miller WR, Tonigan JS. Assessing Drinkers' Motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychiatry Addict Behav* 1996;10(2):81-9.
3. Maisto AS, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, O'Connor M, Kelley ME. Factor structure in a sample of primary care patients. *Addict Behav* 1999;24(6):879-92.
4. DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF, Fairhurst S, Rossi JS, Velaquez M. The process of smoking cessation: an analysis of the pre-contemplation, contemplation and preparation stages of change. *J Cons Clin Psychology* 1991;59:295-304.
5. Miller WR. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bull* 1985;98:84-107.
6. Connors GJ, Donovan DM, DiClemente CC. *Substance Abuse Treatment and Stages of Change*. New York (NY): The Guilford Press; 2001.
7. Tucker JA, Donovan DM, Marlatt GA. *Changing Addictive Behavior - Bridging Clinical and Public Health Strategies*. New York: The Guilford Press; 1999.
8. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing - preparing people to change addictive behaviour*. New York: The Guilford Press; 1991.
9. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychotherapy* 1983;11:147-72.
10. Heather N, Rollnick S, Bell A. Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction* 1993;88:1667-77.
11. Buddy R, Rollnick S. (1996) The structure of the Readiness to Change questionnaire: a test of Prochaska and DiClemente's transtheoretical model. *Br J of Health Psychology* 1994;1:365-76.
12. McMahon J, Jones BT. Post-treatment abstinence survivorship and motivation for recovery: the predictive validity of the readiness to change (RCQ) and negative alcohol expectancy (NAEQ) questionnaires. *Addiction Research* 1996;4:161-76.
13. Miller WR, Meyers RJ, Hester RK, Delaney H, Montgomery HA, Abbott PJ. The effectiveness of the community reinforcement approach: Preliminary findings of a clinical trial. Paper presented at the 5th international conference on Treatment of Addictive Behaviours; 1990; Sydney, Australia.
14. Miller WR, Tonigan JS, Montgomery HA, Abbott PJ, Meyers RJ, Hester RK, Delaney H. Assessment of client motivation for change: preliminary validation of the SOCRATES instrument. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy; 1990; San Francisco, CA.
15. Maisto SA, Chung TA, Cornelius JR, Martin GS. Factor structure of the SOCRATES in a clinical sample of adolescents. *Psychology Addict Behav* 2003;17(2):98-107.
16. Jorge MR, Masur J. The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. *Br J Addiction* 1985;80:301-5.
17. Méndez EB. A Brazilian version of the AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Unpublished master dissertation. Universidade Federal de Pelotas - Social Medicine Department Post-Graduate Program; 1999.
18. Tabakoff B, Dongier M. The WHO/ISBRA Study on State and Trait Markers in Alcoholism: Progress Report. *Alcohol Clin Exp Research* 1996;20(8):23-7.
19. Figlie, NB. Motivation in alcoholic outpatient in specialised alcoholism and gastroenterology clinical treatment program. Unpublished master dissertation. Universidade Federal de São Paulo - Psychiatry Post-Graduate Program; 1999.
20. Byrne BM. *Structural Equation Modelling with EQS and EQS/Windows: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Thousand Oaks (CA): Sage; 1994.
21. Pedhazur EJ, Schmelkin LP. *Measurement, Design and Analysis: An integrated approach*. New Jersey (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Inc., Publishers; 1991.
22. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 3rd ed. New York: Harper Collins; 1996.
23. Arbuckle JL. *Amos User's Guide (Version 3.6)*. Chicago (IL): Smallwaters Corporation; 1997.
24. Davidson R. Editorial and commentaries: "Prochaska and DiClemente's model of change: a case-study?" *Br Jf Addiction* 1992;87:21-835.
25. Sutton S. Can "stages of change" provide guidance in the treatment of addictions? A critical examination of Prochaska and DiClemente's model. In: *Psychological Treatments and the Addictions*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1996. p. 189-205.
26. Sutton S. Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction* 2001;96:175-86.
27. Sutton S. Assessing stage of change in current and former smokers. *Addiction* 2002;97:1171-82.
28. Vik PW, Culbertson KA, Sellers K. Readiness to change among heavy-drinking college students. *J Stud Alcohol* 2000;61:674-80.
29. Dermen K, Kousty J, Connors GJ, Czarnecki D. SOCRATES scores of alcoholic patients: Factor structure and relationship to pretreatment characteristics. Paper presented at the Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy; 1997; Miami, FL.
30. Busby LD, Parker JD. Norms and reliability for the stages of change and treatment eagerness scale (SOCRATES) obtained from drinkers accepted for inpatient treatment. Poster session presented at the Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy; 1997; Miami, FL.
31. Perneger IV, Leplege A, Etter JF. Cross-cultural adaptation of a psychometric instrument: two methods compared. *J Clin Epidem* 1999;52(11):1037-46.
32. Lee JA, More SJ, Cotiwan BS. Problems of translating a questionnaire in a cross-cultural setting. *Prev Vet Medicine* 1999;41:187-94.

Correspondência

Neliana Buzi Figlie

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD),
UNIFESP/EPM

Departamento de Psiquiatria

Rua Borges Lagoa, 564 - cj. 44

04038-000 São Paulo, SP, Brasil

Tel./Fax: (55 11) 5579-0640

Cel.: (55 11) 9659-3327

E-mail: nelianafiglie@uol.com.br

e.neliana@psiquiatria.epm.br

Artigo 4

Submetido à publicação na Revista Brasileira de Psiquiatria

Protocolo: 2045A (01/09/2004)

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

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

Figlie NB¹, Dunn J², Bazan JL³, Laranjeira R¹

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

Type of paper: Brief report

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

ABSTRACT

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

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

Resumo

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

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

1. Introduction

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

Initially, the URICA's psychometric properties were studied with a sample of psychotherapy and clients who reported serious psychiatric problems. Subsequently, it has been evaluated in a variety of substance-related disorders, including nicotine, alcohol, cocaine and alcohol dependence, polysubstance dependence, eating disorder as well as with dually diagnosed populations².

The support for the URICA's four-factor solution has been mixed³. The most common analytical strategy used in evaluating the factor structure of the URICA has been that of a principal-components analysis. Pantaloni and colleagues ² evaluated confirmatory factor analysis (CFA) strategy, whereby each of the four factors were evaluated independently. These results replicated the original four-factor structure of the URICA and suggest an acceptable fit.

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

With the aim of studying stages of change in alcohol dependent outpatients, the goals of the present study were as follows: (1) to develop and to investigate the Portuguese version of URICA, with cross-cultural adaptation for Brazil, among alcohol dependent outpatients at the first appointment in treatment; (2) to study the psychometric properties of the Brazilian version of the URICA, including confirmatory factor analysis, internal consistency of the factors, concurrent validity of URICA scales and severity of alcohol dependence.

2. Methods

2.1. Setting: The study was performed at a federally funded public teaching hospital. A gastroenterology clinic and a alcohol treatment clinic were used. Inclusion criteria were: (i) At the alcohol treatment clinic - all patients who scored mild, moderate or severe on the SADD⁷. (ii) At the gastroenterology clinic - all patients scoring 8 or more on the AUDIT⁸. Thereafter, the same criteria were applied. The exclusion criteria were: poly drug users and women (as there were so few of them).

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

2.3. Measures: (i) Demographic data; (ii) University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)¹; (iii) Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)⁷; (iv) Pattern of alcohol consumption using the interview schedule developed for the WHO/ISBRA⁹.

2.4. Process of translation and cultural adaptation of the SOCRATES: The scale was translated to Portuguese by two researchers with a good command of English and each version piloted. Some complex questions had to be simplified as patients tended to

answer only one part of the question (questions: 6, 9, 16, 20 e 22). A committee of 5 bilingual healthcare professional reviewed the questionnaire before it was re-piloted. The back-translation version of this final draft was developed.

2.5. Statistical Analysis: To investigate the factor structure of the 32-item stages of change scales, a first order confirmatory factor analysis (CFA) was performed, using the items corresponding with the subscales proposed by McConaughy et al. ¹. The CFA was obtained through the CALIS (Covariance Analysis of Linear Structural Equations) by the SAS procedure. The fits of the models were assessed using four indices: (i) the Goodness Fit Index (GFI) which ranges from 0 to 1, with 0.90 or higher being evidence of a model with a good fit¹⁰; (ii) a Chi-squared to degrees of freedom ratio (X^2/df) of less than 2¹¹; (iii) a root-mean-square error of approximation (RMSEA) of less than 0.08¹².

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

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

3. Results

3.1. Factor Structure of the URICA

The results of the CFA, considering two models with independent factors, and two models with correlation between the factors. Analyses suggested that item 9 on the

Maintenance had low correlations with other Maintenance items. Two analyses were carried out, one including item 9 and one without.

This type of analysis was planned in order to test the model adjustment to build on a correlation structure between the factors in accordance to evidence from various studies on URICA. The observations of Pantalón and colleagues², and the improvement of internal consistency in Maintenance (0.61 to 0.63) when item nine was removed, justify the exclusion of this item.

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

The Chi-square statistics showed that the four models did not adjust to the data, although some authors had suggested that this criteria cannot frequently be met^{13, 14}. However, other indices such as the RMSEA, proved suitable for all models according to Browne and Cudeck¹², with the criteria of less or equal to 0.08 for a reasonable fit; the goodness-of-fit index (GFI) for the scale suggested an adequate to good fit, as it exceeded, or closely approached, with a cutoff of 0.9; and X2-df ratio of less than or close to 2¹¹.

3.2. Internal Consistency and Descriptive Analysis

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

3.3. Intercorrelation among URICA scales

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

4. Concurrent Validity

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

4. Discussion

The purpose of this article was to evaluate the psychometric properties of the Brazilian version of the URICA among alcohol-dependent outpatients. The results suggested that our data are consistent with a 4-factor structure. These factors are not

independent and are in fact strongly correlated with each other. On the whole, the URICA scales psychometric properties were acceptable if we considered the exclusion of item 9 and considered dimensions correlations. The confirmatory factor structure was replicated and its internal consistency was acceptable. There was some evidence for concurrent validity in this sample, as several of the URICA subscales were significantly correlated with alcohol severity, suggesting that the outpatients with higher motivation had more severe alcohol dependence, which is similar to the other evidence¹⁵.

In interpreting our results we must examine the process by which the questionnaire was translated, as this could affect its performance. A poor translation may affect the internal consistency, reliability and validity of an instrument originally developed in another language and culture. We followed a meticulous process to ensure that a semantically equivalent, reliable and valid version was produced. This involved alternative translations of the questionnaire being produced, a bilingual multi-professional committee that examined each question in turn, taped interviews with outpatients and extensive piloting. Outpatients were not only asked to answer the questions but also to say what they thought the questions meant. Psychometric analysis showed that our version had good internal consistency. We did resort to changing the structure of five questions (items 6, 9, 16, 20, 22), which may have altered the performance of the questionnaire. We felt these changes were necessary so as to enable all outpatients to answer all the questions, although our solution was not entirely satisfactory. However, of these five items, only item 9 was finally removed from the analysis due to its low internal consistency. It is important to note that this item was also removed in another study². The Maintenance scale had a lower internal consistency and some explanations for this are: 1- the change in the structure of the five items, four being from the Maintenance (6-9-16-22 items), where this change

altered the scale; 2- We believe that outpatients may only rarely be found at the maintenance stage in the first appointment at the treatment. These explanations outline several limitations of this study. We carried out these modifications because the outpatients tended to answer the complex questions through answering only one part of the question, without reference to the last half. We observed that this fact influenced the validity and the internal consistency of the scale and that the modifications can change the instrument.

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

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

References

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

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

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

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

Footnotes: ^a Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

^b Univariate F-test (2.322) $p < 0.01$.

^c PC = Precontemplation

^d C= Contemplation

^e A = Action

^f M = Maintenance

Artigo 5

Submetido à publicação no São Paulo Medical Journal

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

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

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

ORIGINAL ARTICLE

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

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

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

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

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

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

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

Address for correspondence: (about the manuscript and publication)

Neliana Buzi Figlie

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

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

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

E-mail: neliana_figlie@uol.com.br or neliana@psiquiatria.epm.br

Sources of funding: Fapesp (Fundo de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo) – Processo n°: 99/09601-8

Conflicts of interest: Not declared.

ABSTRACT

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

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

TYPE OF STUDY: Cross-sectional study

SETTING: Federally funded public teaching hospital.

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

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

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

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

KEY WORDS: Alcohol. Motivation. Gastroenterology. Treatment.

INTRODUCTION

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

In Brazil, a comprehensive national survey, performed in 107 large cities, indicated that 67.8% of the population had used alcohol at some point in their lives and within this figure 11.2% had had alcohol dependence. In the northern and northeast regions of Brazil, these percentages reached 16%. In all regions there were more male than female alcohol users at a proportion of 3 to 1.⁴ In the Brazilian Psychiatric Morbidity Survey, conducted in three major urban areas in Brazil using Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III) diagnostic criteria, the prevalence of alcohol dependence was 15%.⁵

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

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

Objective

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

METHODS

Design: This is a cross sectional study.

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

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

The inclusion criteria were as follows:

- At the alcohol treatment service: all outpatients who sought help for alcohol related problems and who scored mild, moderate or severe alcohol dependence on the Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD).⁸
- At the gastric disease clinic: all outpatients were screened with the Portuguese version of the AUDIT⁶ and those scoring positive (score ≥ 8) were interviewed with the SADD. Thereafter, the same criteria were applied. During the 21-month study period, 336 outpatients presented to the gastroenterology clinic of whom 158 (47%) scored positive on the AUDIT.

The exclusion criteria were: outpatients abusing substances other than alcohol, outpatients with gastric disease who were not alcohol dependent and outpatients who presented high levels of intoxication during the interview. Women were also excluded from the study. As there were so few women presenting to either service, it was thought better to exclude them, as gender might have been a confounder in subsequent analyses.

Main Measurements: The interview consisted of the following:

- a) Social Demographic Data: age, schooling level, race, marital status, occupation, and family income through Brazilian minimum wage (approximately \$ 70.00).
 - b) Pattern of alcohol consumption was documented using the interview schedule developed for the World Health Organization/International Society for Biomedical
-

Research on Alcoholism (WHO/ISBRA) Collaborative Study on State and Trait Markers in Alcoholism.⁹ The questions addressed the pattern of alcohol consumption, the quantity and frequency of use in the last 30 days as well as the heaviest life time period of alcohol consumption.

c) Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD): derived from the original Attention Deficit Disorder (ADD) consisting of 15 items.¹⁰ The Brazilian Portuguese⁸ version measures the severity of alcohol dependence (mild, moderate and severe).

d) Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND): Developed by Karl-Olov Fagerström¹¹ and then modified by Heatherton and collaborators¹² to improve internal consistency in relation to a biochemical index of smoking. It consists of 6 questions regarding the typical pattern of smoking. The Brazilian Portuguese version was used.¹³

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

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

g) University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA): to investigate the stages of change: Pre-contemplation, Contemplation, Action and Maintenance. The questionnaire was translated and cross culturally adapted into Portuguese and back translated to English. A Brazilian Portuguese version with Cronbach's alpha of between 0.63 and 0.79 was used.¹⁶

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

Ethical considerations

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

Statistical methods

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

RESULTS

Sociodemographic data

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

Pattern of alcoholic consumption and consequences of drinking

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

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

Smoking Pattern

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

Quality of Life

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

Drink related Problems

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

Motivation to Treatment

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

DISCUSSION

In this study we have compared two groups of alcohol dependent outpatients, one from a specialist alcohol treatment service and one from a gastric diseases clinic. Marked differences were found in the characteristics of these two populations. The outpatients from the alcohol treatment service were younger but more severely dependent on alcohol and more likely to be current heavy drinkers. Despite their relative youth, they had suffered more alcohol-related problems. Outpatients from the alcohol service had suffered more

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

As the outpatients from the alcohol treatment clinic were voluntarily seeking help for their problems it is not surprising that they scored higher on the questionnaires measuring contemplation, action and maintenance. What is surprising is why the gastric diseases clients, who had a serious physical complications requiring medical treatment and who had already changed both their drinking and smoking behaviour, should score so high on the pre-contemplation scale but low on the action and maintenance scales. One could argue that as the gastric diseases outpatients had already changed their drinking behaviour they did not see the need to take further action or seek help and for this reason they scored high on the pre-contemplation stage. However, if this were the case one would expect them to score high on the action and maintenance subscales, which they did not. It seems as if this group of outpatients just are stopping alcohol consumption because their treatment time and or because gastric disease symptoms. It is important to note that the drinking behaviour is strongly not indicated by gastroenterologists in this study. The treatment may be a reason for the temporary alcohol abstinence behaviour, although it may not be able to change the behaviour. Another reason for this may be that outpatients with alcoholic liver disease are generally less dependent on alcohol.^{18,19} However, there is evidence that drinkers who developed liver disease have limited insight into the relationship between their behaviour and their health status²⁰ and they do not differ significantly from patients with non-alcoholics liver diseases in the level of awareness of the severity of their

disease.²¹ Many people with alcohol dependence who suffer from secondary illnesses will not accept onward referrals to alcohol treatment programs.^{22,23} Furthermore healthcare professionals working in medical services may not be skilled at recognising or treating alcohol misuse.²⁴ Therefore, it may be more appropriate that any intervention undertaken with this patient group takes place in the gastroenterology clinic itself by trained specialist alcohol liaison workers.^{25,26}

The implications of these findings in relation to the type of treatment intervention appropriate to each patient group are important. Outpatients presenting to alcohol treatment services are more likely to be severely dependent drinkers and to be still drinking heavily at presentation. Treatment should be aimed at enabling these outpatients to take the first step to reducing their alcohol consumption or stopping altogether. At the time of presentation to services they are likely to be motivated to change and receptive to cognitive behavioural approaches to facilitate this change.²⁷ Treatment services need to be responsive to this state of readiness. On the other hand, outpatients presenting to gastroenterology clinics with physical complications of alcohol misuse are more likely to have already taken steps to reduce or stop their alcohol consumption (long time interval since outpatients had last consumed alcohol) but are less likely to be receptive to the kind of interventions offered by specialist alcohol treatment services. The initial aims of treatment need to be more focused on engaging these outpatients with treatment services, enabling them to see the link between their alcohol consumption and physical health problems, to support the changes that they have already made and to teach them the skills to reduce their risk of relapse back into alcohol misuse.²⁸

CONCLUSION

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

REFERENCES:

1. Institute of Medicine. Broadening the base of treatment of alcohol problems: report a study by a committee of the Institute of Medicine, Division of Mental Health and Behavioural Medicine. Washington DC: National Academy Press; 1990. p. 211-41.
 2. National Institute on Alcohol Abuse and alcoholism. Eight special report to the U.S. congress on alcohol and health. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services; 1993. p. 253-65.
 3. Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, et al. - Acima de seis autores, devem ser citados os três primeiros e “et al”. Utilization of health and mental health services. Three Epidemiologic Catchment Area sites. Arch Gen Psychiatry. 1984;41(10):971-8.
 4. Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Nappo SA. Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do Brasil. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
 5. Baxter Andreoli S, Blay SL, de Almeida Filho N, et al. Reliability of diagnostic instruments: investigating the psychiatric DSM-III checklist applied to community samples. Cad Saude Publica. 2001;17(6):1393-402.
 6. Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira RR, Dunn J. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerström questionnaires. São Paulo Med J. 2000;118(5):139-43.
 7. Schenker S. Alcoholic liver disease: Evaluation of natural history and prognostic factors. Hepatology. 1984;4(1):36S-43S.
 8. Jorge MR, Masur J. The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. Br J Addict. 1985;80(3):301-5.
 9. Tabakoff B, Dongier M. The WHO/ISBRA Study on State and Trait Markers in Alcoholism: Progress Report. Alcoh Clin Exp Res. 1996;20(8):243A-247A.
 10. Raistrick D, Dunbar G, Davidson R. Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. Br J Addict. 1983;78(1):89-95.
 11. Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978;3(3-4):235-41.
 12. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. Br J Addict. 1991;86(9):1119-27.
 13. Marques AC, Campana A, Giglioti A, Lourenço MT, Ferreira M, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência da nicotina. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(4):200-14.
 14. Cicconeli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian Portuguese version of the SF-36. A reliable and validity quality of life outcome measure. Rev Bras Reumat. 1999;39(3):143-150.
 15. Miller WR, Tonigan JS, Longabaugh R. The Drinker Inventory of Consequences (DrInc) an Instrument for Assessing Adverse Consequences of Alcohol Abuse. Test
-

Manual. N/AAA Project MATCH Monograph Series. Vol. 4. NIH Pub. No. 95-3911. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, in press

16. Figlie NB. Motivação em alcoolistas tratados em ambulatório específico para alcoolismo e em ambulatório de gastroenterologia – dados do projeto piloto. [dissertation] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 1999. Available from: <http://www.uniad.org.br/docs/teses/teseNelianaFiglie.doc>

17. Figlie NB, Dunn J, Laranjeira R. Motivation for Change in Alcohol Dependent Outpatients from Brazil. *Addict Behav* (forthcoming 2005). Available from: http://authors.elsevier.com/trackpaper.html?add_art=myarticles&from_source=notlogged&trk_article=AB1074&trk_surname=figlie&Go.x=15&Go.y=2

18. Wodak AD, Saunders JB, Ewushi-Mensah L, Davies M, Williams R. Severity of alcohol dependence in patients with alcoholic liver disease. *Brit Med J*. 1983;287(6403):1420-2.

19. Farid B, Lucas EG, Williams R. Occupational risk factors in patients with alcoholic or non-alcoholic liver disease. *Alcoh Alcoholism*. 1994;29(4):459-63.

20. Farid B, Clark M, Williams R. Health Locus in Problem Drinkers with and without Liver Disease. *Alcoh Alcoholism*. 1988;33(2):184-7.

21. Farid B, Johnson RD, Lucas EG, Williams R. Perception of Illness among Patients with Alcoholic Liver Disease. *J Stud Alcoh*. 1988;49(4): 375-7.

22. Willenbring ML, Olson DH, Bielski JB. Integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men: results from a quasi-experimental study. *J Stud Alcoh*. 1995; 56(3): 337-43.

23. Cooney N, Sweben A, Fleming M. Screening for alcohol problems and at-risk drinking. In: Rester, R.K. and Miller, W.R. editors. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*, 2th ed. Boston: Allyn & Bacon, 1995. p. 45-61.

24. Moore RD, Bone LR, Geller G, Mamon JA, Stokes EJ, Levine DM. Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *JAMA*. 1989;261(3):403-7.

25. Hillman A, McCann B, Walker NP. Specialist alcohol liaison services in general hospitals improve engagement in alcohol rehabilitation and treatment outcome. *Health Bull (Edinb)*. 2001;59(6):420-3.

26. Glaser FB. Alcohol and drug problems: a challenge to consultation-liaison psychiatry. *Canad J Psychiat*. 1988;33(4):259-63.

27. Kadden RM. Behavioural and cognitive-behavioural treatments for alcoholism: research opportunities. *Addict Behav*. 2001;26(4):489-507.

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

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

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

Socio-demographic data	Alcohol Treatment Service (N = 175)	Gastric Disease Clinic (N = 151)	Statistics	p-value
Age (Mean \pm SD)	41.31 (9.80)	47.60 (10.69)	T = 5.534	0.001
Level of schooling:				
Illiterate	2.9(5)	7.3% (11)		
Basic education (8 years of schooling)			$X^2 = 12.202$	0.007
High school education	51.4 (90)	64.2 (97)		
College / University	29.7 (52)	19.9 (30)		
	16.0 (28)	8.6 (13)		
Race:				
White	73.1 (128)	70.9 (107)	$X^2 = 0.210$	0.647
Non-white (Black and inter-racial)	26.9 (47)	29.1 (44)		
Marital Status:				
Married	60.6 (106)	68.2 (103)	$X^2 = 2.057$	0.152
Unmarried	39.4 (69)	31.8 (48)		
Occupation:				
Blue collar job	29.1 (51)	25.2 (38)	$X^2 = 6.378$	0.095
White collar job	32.0 (56)	22.5 (34)		
Unemployed	30.3 (53)	40.4 (61)		
Other	8.6 (15)	11.9 (18)		
Family income:				
1 to 5 m.w. ^a	38.3 (67)	41.1 (62)	$X^2 = 4.632$	0.327
5 to 10 m.w. ^a	29.1 (51)	35.8 (54)		
10 to 20 m.w. ^a	17.1 (30)	13.9 (21)		
Up to 20 m.w. ^a	11.4 (20)	6.0 (9)		
Don't know	4.0 (7)	3.3 (5)		

Footnote: ^am.w. = minimum wages (1 minimum wage = \$ 70,00).

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

		Alcohol Treatment Service (N = 175)	Gastric Disease Clinic (N = 151)	Statistics ^a	p-value	
Severity of alcohol dependence (SADD)	Mild	9.7 (17)	29.8 (45)	X ² =33.51	0.001	
	Moderate	30.3 (53)	39.1 (59)			
	Severe	60 (105)	31.1 (47)			
Pattern of alcohol consumption	<i>Total consumption in last 30 days:</i>			X ² = 95.70	0.001	
	Moderate Drinking (<83 units per month)	25.1 (44)	79.5 (120)			
	Heavy Drinking (≥84 units per month)	74.9 (131)	20.5 (31)			
	Duration in weeks of present consumption – median (interquartile range)		48 (8 - 144)	16 (8 - 32)	Z= -3.116	0.002
	Days since last alcohol use – median (interquartile range)		3 (1-14)	38 (11 -120)	Z= -9.587	0.001
	Total monthly consumption during period of heaviest consumption: ^b					
	Moderate Drinking (<83 units per month)				X ² = 0.196	0.658
	Heavy Drinking (≥84 units per month)		1.4 (2)	2.1 (3)		
			98.6 (139)	97.9 (139)		
	Duration in weeks of heaviest period of consumption ^b – median (interquartile range)		144 (63-336)	288 (96-681)	Z= -3.402	0.001

Footnotes: ^aZ = Mann Whitney and X² = Chi-Square.

^b Alcohol Treatment Service (n = 141) and Gastric Disease Clinic (n = 142).

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

	Scales	Subcales	Alcohol Treatment Service (N = 175)		Gastric Disease Clinic (N = 151)		T test	p-value
			Mean	SD	Mean	SD		
Nicotine Dependence	FTND^a	Total Score	4.79	2.53	4.58	2.57	0.666	0.506
Quality of life through a general evaluation of health	SF-36^b	Physical Functioning	79.64	19.91	65.39	25.99	5.599	0.001
		Role Limitation due to Physical Problems	55.26	40.39	38.11	39.11	-3.878	0.001
		Bodily Pain	61.10	26.51	56.83	27.04	1.437	0.152
		General Health Perceptions	61.70	21.67	59.34	20.91	0.994	0.321
		Vitality	58.43	23.48	55.65	26.42	-1.004	0.023
		Social Functioning	58.2	28.96	60.59	32.08	0.699	0.485
		Role Limitation due to Emotional Problems	41.06	39.56	51.80	40.29	2.423	0.016
		General Mental Health	55.24	24.60	61.42	23.79	-2.297	0.022
Drink-related problems	DrInc 2-L^c	Total Score	32	9	26	11	5.943	0.001

Footnotes: ^aFTND = Fagerström Test for Nicotine Dependence

^bSF-36 = Short Form Health Survey 36

^cDrInc 2-L = Drinker Inventory of Lifetime Consequences

SD = standard deviation.

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

Scales	Subscales	Alcohol Service (N = 175)		Gastric Disease Clinic (N = 151)		T test	p-value
		Mean	SD	Mean	SD		
URICA	Precontemplation	18.93	5.26	20.55	4.66	- 2.923	0.004
	Contemplation	29.78	2.66	28.44	2.68	4.498	0.001
	Action	28.49	3.32	27.63	3.19	2.365	0.019
	Maintenance	22.92	4.97	21.29	4.74	3.012	0.003
SOCRATES	AMREC ^a	35.61	5.24	30.21	7.03	7.921	0.001
	Taking steps	26.71	3.94	26.89	4.12	-0.402	0.688

Footnote: ^aAMREC = Ambivalence and Recognition; SD = standard deviation.

RESUMO

CONTEXTO: Para alguns pacientes que desenvolveram doenças físicas relacionadas ao consumo de álcool, a abstinência de bebidas alcoólicas pode oferecer a melhor chance de sobrevivência. Entretanto, se alguns pacientes subestimarem a severidade dos problemas relacionados a este consumo ou não acreditarem que o comportamento de beber pode exacerbar seu problema físico, os mesmos podem não manter a abstinência. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo foi de investigar a motivação para tratamento em dois grupos de consumidores de álcool: 151 pacientes do ambulatório de gastroenterologia e 175 do ambulatório especializado no tratamento para alcoolismo. **TIPO DO ESTUDO:** Estudo de corte transversal. **LOCAL:** Hospital escola do serviço público federal. **MÉTODOS:** A entrevista foi conduzida nos ambulatórios na primeira consulta ao serviço e consistiu em uma seção com dados demográficos; Short Form Health Survey (SF-36); Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD); Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND); Padrão de consumo de álcool e drogas; University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA); The Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES); The Drinker Inventory of Consequences (DrInc 2-L). **RESULTADOS:** Os resultados sugeriram que os pacientes do ambulatório de gastroenterologia eram menos dependentes do álcool, sofriam menos as conseqüências relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas e possuíam menos problemas mentais e emocionais quando comparados com os pacientes do ambulatório para tratamento do alcoolismo. Em relação aos estágios de mudança, os pacientes da gastroenterologia apresentaram maiores escores na pré-contemplação no início do tratamento e os pacientes do ambulatório especializado apresentaram escores maiores em contemplação, ação e manutenção. **DISCUSSÃO:** Os pacientes do ambulatório de gastroenterologia apresentaram baixa motivação para a modificação do comportamento de beber. Este é um aspecto importante para planejar uma proposta de tratamento que possa trabalhar a associação do consumo de álcool com problemas físicos em um ambulatório de doenças gástricas. **CONCLUSÃO:** O tratamento médico pode ser uma razão para a abstinência temporária de álcool para os pacientes do ambulatório de gastroenterologia. Todavia, o mesmo pode ser uma oportunidade para fortalecer a motivação para a mudança do comportamento de beber.

PALAVRAS-CHAVE: Álcool. Motivação. Gastroenterologia. Tratamento.

4. CONCLUSÕES

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

1. Foi realizado um levantamento do uso nocivo e dependência de álcool com 275 pacientes internados em todas as enfermarias no hospital geral. Na amostra pesquisada, 22% dos homens e 3% das mulheres apresentaram resultado positivo no rastreamento. A enfermaria de gastroenterologia apresentou a maior prevalência de uso nocivo de álcool (26%) quando comparada com outras enfermarias. Esses dados evidenciam a necessidade de uma política de atenção constante de identificação e tratamento dessa população.
 2. No ambulatório de gastroenterologia, foram entrevistados 336 pacientes que se apresentaram pela primeira vez em consulta para tratamento de doença gástrica, durante 21 meses de estudo. A incidência de dependentes de álcool foi de 47% (n=158). Esse dado reflete a necessidade de intervenção no consumo de bebidas alcoólicas de modo a minimizar danos e oferecer um tratamento que possa atender as necessidades do paciente, não se restringindo apenas a doença gástrica.
 3. As propriedades psicométricas da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) foram estudadas. O instrumento foi traduzido e adaptado culturalmente para o idioma português. Durante esse procedimento de adaptação, foram feitas algumas modificações, visando simplificar alguns itens que apresentaram estrutura complexa. As análises estatísticas indicaram a existência de dois fatores correlacionados que melhor exploraram o modelo, com a remoção dos itens 1, 12 e 15. Esse instrumento pode ser aplicado em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente, mensurando a prontidão para mudança em ambivalência / reconhecimento (AMREC) e ação.
 4. As propriedades psicométricas da University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) foram estudadas. O instrumento foi traduzido e adaptado culturalmente para o idioma português, com
-

idêntico procedimento aplicado ao instrumento SOCRATES. O A análise fatorial confirmatória sugeriu que esta adaptação da URICA mediu os fatores propostos: pré-contemplação, contemplação, preparação e ação, incorporando uma estrutura correlacional, com a remoção do item 9. Os fatores apresentaram boa consistência interna, com exceção da escala de manutenção. Verificou-se evidência de validade concorrente com a severidade da dependência alcoólica. A versão brasileira da URICA é um instrumento válido para medir os estágios de mudança em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente, sendo discutível a utilização da escala de manutenção na primeira consulta do tratamento.

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

Neste contexto, podemos concluir que os pacientes do ambulatório de gastroenterologia evidenciaram menor motivação para a modificação do comportamento de beber e, que a doença física não atuou como estímulo para a manutenção da abstinência, contribuindo apenas para a abstinência temporária. Esse é um aspecto importante para planejar uma intervenção que possa atuar tanto no tratamento das doenças gástricas, quanto no alcoolismo e, conseqüentemente, possibilitar uma melhoria no prognóstico das doenças gástricas.

5. ANEXOS

ANEXO 1 - Questionários

*ESTUDO DA MOTIVAÇÃO EM PACIENTES TRATADOS EM AMBULATÓRIO ESPECÍFICO PARA ALCOOLISTAS
E EM AMBULATÓRIO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL SÃO PAULO - EPM - UNIFESP*

N.º do Voluntário: _____

I- DADOS DEMOGRÁFICOS

1-Idade: _____

2-Sexo: Masculino

3-Cor:

- (1) Branco (3) Pardo
(2) Preto (4) Amarelo

4-Estado Conjugal:

- (1) Solteiro (3) Divorciado/Separado (5) Amasiado
(2) Casado (4) Viúvo

5-Escolaridade:

- (1) Analfabeto
(2) 1º grau incompleto – Especificar série: _____
(3) 1º grau completo
(4) 2º grau incompleto– Especificar série: _____
(5) 2º grau completo
(6) Superior incompleto– Especificar série: _____
(7) Superior completo
(8) Outro. Especificar: _____

6-Ocupação: (1)Nenhuma

- (2) Estudante (5) Cargos de Chefia
(3) Cargos Operacionais (6) Profissional Liberal
(4) Cargos Administrativos (7) Aposentado
(8) Outros (bicos, etc.): _____

6A-Trabalhou no último ano: (1) Tempo integral

- (2) Tempo Parcial
(3) Não Trabalhou
(4) Outro: _____

7-Renda Familiar:

- (1)1 salário mínimo (5)10 à 20 salários mínimos
(2)1 à 2 salários mínimos (6)Mais de 20 salários mínimos
(3)2 à 5 salários mínimos (7)Não sabe
(4)5 à 10 salários mínimos

II- TRATAMENTO

1-Especificar:(1) Ambulatório de Gastroenterologia

(2) Ambulatório: UNIAD

2- Diagnóstico: _____

3- Exames Laboratoriais:

TGO = _____ (limites de normalidade masculino: até 37 U/L)

TGP = _____ (limites de normalidade masculino: até 40 U/L)

GGT = _____ (limites de normalidade masculino: 11 à 43 U/L)

III QUALIDADE DE VIDA (SF-36)

Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor solicite nossa ajuda e tente responder o melhor que puder.

1- Em geral, você diria que a sua saúde é:

Usar Cartão 1

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

2- Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora ?

Usar Cartão 2

- (1) Muito melhor agora do que a um ano atrás
- (2) Um pouco melhor agora do que a um ano atrás
- (3) Quase a mesma de um ano atrás
- (4) Um pouco pior agora do que a um ano atrás
- (5) Muito pior agora do que a um ano atrás

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

Usar Cartão 3

ATIVIDADES	SIM. DIFICULTA MUITO	SIM. DIFICULTA UM POUCO	NÃO. NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM
a) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	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 seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física ?

	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 você gostaria ?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades ?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

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

	SIM	NÃO
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você 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 interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo ?

Usar Cartão 4

- (1) De forma alguma-5 (4) Bastante-2
 (2) Ligeiramente-4 (5) Extremamente-1
 (3) Moderadamente-3

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

Usar Cartão 5

- (1) Nenhuma-6 (4) Moderada-3,1
 (2) Muito Leve-5,4 (5) Grave-2,2
 (3) Leve -4,2 (6) Muito Grave-1

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

Usar Cartão 6

- (1) De maneira alguma (4) Bastante
 (2) Um pouco (5) Extremamente
 (3) Moderadamente

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

Usar Cartão 7

	TODO TEMPO	AMAIOR PARTE DO TEMPO	UMABOIA 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 ?	1(6)	2(5)	3(4)	4(3)	5(2)	6(1)
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo ?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo ?	1(6)	2(5)	3(4)	4(3)	5(2)	6(1)
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia ?	1(6)	2(5)	3(4)	4(3)	5(2)	6(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 ?	1(6)	2(5)	3(4)	4(3)	5(2)	6(1)
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado ?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.) ? **Usar Cartão 8**

- (1) Todo o tempo (4) Uma pequena parte do tempo
 (2) A maior parte do tempo (5) Nenhuma parte do tempo
 (3) Alguma parte do tempo

11- O quanto **verdadeiro ou falso** é cada uma das afirmações para você ? **Usar Cartão 9**

	DEFINITIVAMENTE VERDADEIRO	A MAIORIA DAS VEZES VERDADEIRO	NÃO SEI	A MAIORIA DAS VEZES FALSA	DEFINITIVAMENTE FALSA
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1(5)	2(4)	3(3)	4(2)	5(1)
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1(5)	2(4)	3(3)	4(2)	5(1)

AVALIAÇÃO DO SF-36:

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

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

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

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

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

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

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

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

IV- TESTE DE FAGERSTRÖM PARA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

Você é fumante? () Sim () Não. Vá para HQ
Se abstinente, especificar tempo:

- 1- Quanto tempo depois de acordar, você fuma seu primeiro cigarro?
(0) Após 60 minutos (1) 31-60 minutos (2) 6-30 minutos (3) Nos primeiros 5 minutos
- 2- Você encontra dificuldades em evitar o fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shopping, etc. ?
(0) Não (1) Sim
- 3- Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar ?
(0) Qualquer um (1) O primeiro da manhã
- 4- Quantos cigarros você fuma por dia ?
(0) 10 ou menos (1) 11-20 (2) 21-30 (3) 31 ou mais
- 5- Você fuma mais freqüentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?
(1) Sim (0) Não
- 6- Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado a maior parte do dia ?
(0) Não (1) Sim

PONTUAÇÃO: _____

- (1) Leve: 0 à 4 (2) Médio: 5 à 7 (3) Alto: 8 à 11
-

V- GRAU DE DEPENDÊNCIA (SADD)

As seguintes perguntas dizem respeito a uma série de fatores relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas. Por favor, ouça atentamente cada pergunta e responda as questões tendo em vista a época em que você estava bebendo.

Responda cada pergunta com a resposta que lhe parecer mais apropriada. As respostas são: **Nunca; Poucas vezes; Muitas vezes; Sempre**. Se você tiver alguma dificuldade, peça ajuda.

Por favor, procure responder a todas as perguntas.

Usar Cartão 10

	NUNCA	POUCAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
1-Você acha difícil tirar o pensamento de beber da cabeça?	0	1	2	3
2-Acontece de você deixar de comer por causa da bebida?	0	1	2	3
3-Você planeja seu dia em função da bebida?	0	1	2	3
4-Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite)?	0	1	2	3
5-Na ausência da sua bebida favorita você bebe qualquer uma?	0	1	2	3
6-Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois?	0	1	2	3
7-Você acha que o quanto você bebe chega a prejudicá-lo?	0	1	2	3
8-No momento em que você começa beber, é difícil parar?	0	1	2	3
9- Você tenta se controlar (tenta deixar de beber)?	0	1	2	3
10-Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você precisa beber para se sentir melhor ?	0	1	2	3
11-Você acorda com tremores nas mãos, na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito?	0	1	2	3
12-Depois de ter bebido muito, você levanta com náuseas ou vômitos?	0	1	2	3
13-Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente?	0	1	2	3
14-Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua?	0	1	2	3
15-Você esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo?	0	1	2	3
ESCORE TOTAL				

Grau de Dependência:

(1) Leve = 0 à 9 (2) Moderada = 10 à 19 (3) Grave = acima de 20

VI- URICA

Usar Cartão 13

Este questionário servirá para nos ajudar a melhorar este serviço. Cada frase descreve como uma pessoa pode se sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor indique o quanto você concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça uma escolha em termos do que **você está sentindo agora, e não o que você sentiu no passado ou gostaria de sentir.**

Para todas as frases que se referem ao seu problema, pense no seu **consumo de bebidas alcoólicas**. E aqui, refere-se a este local ou programa de tratamento.

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve sua opinião:

1-Discorda muito 2-Discorda 3-Indeciso 4- Concorda 5- Concorda muito

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

VII- SOCRATES

Usar cartão 13

Por favor, ouça cuidadosamente as frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu beber. Para cada questão, indique o quanto você concorda ou discorda, **neste momento da sua vida**. Por favor, indique apenas uma alternativa de resposta para cada questão.

As alternativas de resposta são:

1-Discorda muito 2-Discorda 3-Indeciso 4- Concorda 5- Concorda muito

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

VIII- PADRÃO DE CONSUMO: ÁLCOOL

As perguntas seguintes são sobre o beber qualquer tipo de bebida alcoólica. Incluídas estão cervejas, vinhos (champanhe e coolers) e destilados (whisky, rum, pinga, gin, vodka, caipirinha, etc.) e também qualquer outro tipo de álcool.

CERVEJA

1- Você bebeu alguma cerveja nos últimos 30 dias ?

(1) Sim (2) Não – Vá para Q5

2- Nos dias em que você bebeu a cerveja, você bebeu cerveja comum, malte, com baixa caloria ou baixo teor alcoólico ou sem álcool ?

(1) Comum (2) Malte (3) Baixa caloria (4) Baixo teor alcoólico (5) Sem álcool

3- Durante os últimos 30 dias, qual foi o maior numero de cervejas que você tomou num único dia? Por cerveja eu quero dizer meia cerveja ou 1 chope.

(1) 26 ou mais (5) 5-7
 (2) 18-25 (6) 3-4
 (3) 12-17 (7) 1-2
 (4) 8-11

4- Circule agora a categoria com a maior quantidade citada na Q3 e todas as categorias menores que ela.

Usar Cartão 11

Durante os últimos 30 dias, com que frequência você tomou (quantidade de categoria assinalada) cerveja num único dia ?

	+26	18-25	12-17	8-11	5-7	3-4	1-2
Todos os dias	1	1	1	1	1	1	1
Quase todos os dias	2	2	2	2	2	2	2
3-4 dias por semana	3	3	3	3	3	3	3
1-2 dias por semana	4	4	4	4	4	4	4
2-3 dias no último mês	5	5	5	5	5	5	5
Uma vez no último mês	6	6	6	6	6	6	6
Nunca no último mês	7	7	7	7	7	7	7

VINHOS

5- Você bebeu algum vinho, incluindo champanhe, vinho gaseificado, cooler ou fortificado (cherry ou porto) nos últimos 30 dias ?

(1) Sim (2) Não. Vá para Q9

6- Nos dias em que você bebeu vinho, você bebeu vinho comum, cooler ou fortificado ?

(1) Comum (2) Cooler (3) Fortificado

7- Durante os últimos 30 dias, qual foi o maior numero de doses de vinho que você tomou num único dia?

Por dose eu quero dizer 1 copo de vinho ou uma garrafa de cooler.

(1) 26 ou mais (5) 5-7
 (2) 18-25 (6) 3-4
 (3) 12-17 (7) 1-2
 (4) 8-11

8-Circule agora a categoria com a maior quantidade citada na Q3 e todas as categorias menores que ela.

Usar Cartão 11

Durante os últimos 30 dias, com que frequência você tomou (quantidade de categoria assinalada) vinho num único dia ?

	+26	18-25	12-17	8-11	5-7	3-4	1-2
Todos os dias	1	1	1	1	1	1	1
Quase todos os dias	2	2	2	2	2	2	2
3-4 dias por semana	3	3	3	3	3	3	3
1-2 dias por semana	4	4	4	4	4	4	4
2-3 dias no último mês	5	5	5	5	5	5	5
Uma vez no último mês	6	6	6	6	6	6	6
Nunca no último mês	7	7	7	7	7	7	7

DESTILADOS

9- Você bebeu algum destilado, incluindo whisky, rum, pinga, cachaça, caipirinha, gin, vodka, bourbon ou licores nos últimos 30 dias ?

- (1) Sim (2) Não – Vá para Q13

10-Nos dias em que você bebeu a destilados nos últimos 30 dias, você bebeu drinks misturados, destilados ou outro tipo de licor puro ?

- (1) Drinks Misturados (2) Destilados Puros (3) Outros licores puros

11-Durante os últimos 30 dias, qual foi o maior numero de doses de destilados que você tomou num único dia? Por dose eu quero dizer 1 copo de destilado puro ou licor, ou 1 dose padrão ou 1 whisky misturado.

- (1) 26 ou mais (5) 5-7
 (2) 18-25 (6) 3-4
 (3) 12-17 (7) 1-2
 (4) 8-11

12-Circule agora a categoria com a maior quantidade citada na Q3 e todas as categorias menores que ela.

Durante os últimos 30 dias, com que frequência você tomou (quantidade de categoria assinalada) destilados num único dia ?

Usar Cartão 11

	+26	18-25	12-17	8-11	5-7	3-4	1-2
Todos os dias	1	1	1	1	1	1	1
Quase todos os dias	2	2	2	2	2	2	2
3-4 dias por semana	3	3	3	3	3	3	3
1-2 dias por semana	4	4	4	4	4	4	4
2-3 dias no último mês	5	5	5	5	5	5	5
Uma vez no último mês	6	6	6	6	6	6	6
Nunca no último mês	7	7	7	7	7	7	7

TOTAL 1=

13-Você acabou de me dizer quanto e com que frequência você bebeu nos últimos 30 dias. Há quanto tempo você vem bebendo esta quantidade com esta frequência ?

Número de () dias

() semanas

() meses

() anos

TOTAL EM SEMANAS=

14-Quando foi a última vez que você tomou algum tipo de bebida alcoólica ?

Número de () dias
 () semanas
 () meses
 () anos

TOTAL EM DIAS=**15- Existiu algum período na sua vida em que você bebeu mais do que nos últimos 30 dias ?**

(1) Sim (2) Não. Vá par Q19

16-Na sua vida inteira, quando você mais bebeu, com que frequência em geral você bebia qualquer bebida (cerveja, vinho ou destilado) ?**Usar Cartão 11**

- (1) Todos os dias
 (2) Quase todos os dias
 (3) 3 a 4 dias por semana
 (4) 1 a 2 dias por semana
 (5) 2 a 3 dias por mês
 (6) Uma vez por mês
 (7) Menos que uma vez por mês

17- Durante o tempo em que você mais bebeu, quantas doses você geralmente bebia num único dia?

- (1) Cerveja
 (2) Vinhos
 (3) Destilados

TOTAL 2=**18A – Você acabou de me dizer quanto e com que frequência você bebia na época em que mais bebia. Com que idade você começou a beber nesta intensidade ?**Idade **18B- Por quanto tempo você bebeu deste jeito ?**

Número de () dias
 () semanas
 () meses
 () anos

TOTAL EM SEMANAS=**19- Com que idade você começou a beber regularmente, sem contar pequenos goles ?**Idade **20 - Alguma vez na sua vida inteira, você fez algum tipo de tratamento decorrente do seu consumo de álcool ?**

- (1) Sim. Especifique: (1) A.A. (2) Não
 (2) Medicamentoso
 (3) Religioso
 (4) Internação
 (5) Psicológico
 (6) Psiquiátrico
 (7) Desintoxicação
 (8) Não sabe definir o tipo de tratamento
 (9) Outro. Especifique:
-

IX- PADRÃO DE CONSUMO: DROGAS

1- Você usa ou alguma vez na sua vida experimentou qualquer tipo de drogas ?
 (1) Sim (2) Não – Vá para DRINC

2- Especifique o tipo de droga:

- (1) Sedativos/Tranquilizantes
 (2) Remédios para dor
 (3) Estimulantes
 (4) Maconha
 (5) Cocaína / Crack
 (6) Heroína/ Metadona
 (7) Inalantes/Solventes
 (8) Alucinógenos
 (9) Outro. Especifique: _____
 (10) Nenhuma – **VÁ PARA Q3**

2A – Alguma das categorias de Drogas está marcada SIM ? Preencha o quadro abaixo:
 Se Não, vá para a próxima questão !

Nome da Droga	Quando foi a última vez que você usou ? (n.º de dias, semanas, meses ou anos)	Durante os últimos 30 dias, com que frequência você utilizou a _____ ? <i>Cartão 11</i>	Quanto você geralmente usou num mesmo dia ? (Ex.: pedras, carreiras, baseados, gramas)

3- Alguma vez na sua vida inteira você teve alguma das seguintes experiências como resultado do seu uso de drogas?

Usar Cartão 12

A B C D E F G H I J K L
 M N O P Q R (Vá para Q7 se circulado o item R)

4- Com que drogas/remédios, você teve as experiências acima descritas ?

- (1) Sedativos/Tranquilizantes
 (2) Remédios para dor
 (3) Estimulantes
 (4) Maconha
 (5) Cocaína / Crack
 (6) Heroína/ Metadona
 (7) Inalantes/Solventes
 (10) Alucinógenos
 (11) Outro. Especifique: _____

5- Quantos anos você tinha quando pela **1ª vez** algumas destas experiências começaram acontecer ?

Idade

6- Quantos anos você tinha quando pela **última vez** algumas destas experiências aconteceram?

Idade

7- Alguma vez na sua vida inteira, você fez algum tipo de tratamento decorrente do seu consumo de drogas ?

- (1) Sim. Especifique: (1) NA (2) Não
- (2) Medicamentoso
 - (3) Religioso
 - (4) Internação. Número
 - (5) Psicológico
 - (6) Psiquiátrico
 - (7) Desintoxicação
 - (8) Não sabe definir o tipo de tratamento
 - (9) Outro. Especifique: _____
-

ANEXO 2 - Cartões com alternativas de respostas

CARTÃO 1

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

CARTÃO 2

- (1) Muito melhor agora do que a 1 ano atrás**
 - (2) Um pouco melhor agora do que a 1 ano atrás**
 - (3) Quase a mesma de 1 ano atrás**
 - (4) Um pouco pior agora do que a 1 ano atrás**
 - (5) Muito pior agora do que a 1 ano atrás**
-

CARTÃO 3

- (1) Sim. Dificulta muito**
- (2) Sim. Dificulta um pouco**
- (3) Não. Não dificulta de modo algum**

CARTÃO 4

- (1) De forma alguma**
 - (2) Ligeiramente**
 - (3) Moderadamente**
 - (4) Bastante**
 - (5) Extremamente**
-

CARTÃO 5

- (1) Nenhuma**
- (2) Muito Leve**
- (3) Leve**
- (4) Moderada**
- (5) Grave**
- (6) Muito Grave**

CARTÃO 6

- (1) De maneira alguma**
 - (2) Um pouco**
 - (3) Moderadamente**
 - (4) Bastante**
 - (5) Extremamente**
-

CARTÃO 7

- (1) Todo o tempo**
- (2) A maior parte do tempo**
- (3) Uma boa parte do tempo**
- (4) Alguma parte do tempo**
- (5) Uma pequena parte do tempo**
- (6) Nunca**

CARTÃO 8

- (1) Todo o tempo**
 - (2) A maior parte do tempo**
 - (3) Alguma parte do tempo**
 - (4) Uma pequena parte do tempo**
 - (5) Nenhuma parte do tempo**
-

CARTÃO 9

- (1) Definitivamente verdadeiro**
- (2) A maioria das vezes verdadeiro**
- (3) Não sei**
- (4) A maioria das vezes falsa**
- (5) Definitivamente falsa**

CARTÃO 10

- (0) Nunca**
 - (1) Poucas Vezes**
 - (2) Muitas Vezes**
 - (3) Sempre**
-

CARTÃO 11

- (1) Todos os dias**
 - (2) Quase todos os dias**
 - (3) 3-4 dias por semana**
 - (4) 1-2 dias por semana**
 - (5) 2-3 dias no último mês**
 - (6) Uma vez no último mês**
 - (7) Nunca no último mês**
-

CARTÃO 12

- A** Usou a droga muito mais que pretendia ou por um período muito maior que pretendia
- B** Quis ou tentou diminuir ou parar de usar a droga mas não conseguiu
- C** Gastou grande parte do tempo usando a droga ou se recuperando dos seus maus efeitos após o uso
- D** Usar a droga estava interferindo com o trabalho, escola ou nos cuidados da família ou casa
- E** Deixou de lado o trabalho, escola ou os cuidados da família devido ao uso da droga
- F** Estava em uma situação em que se encontrava sob influência da droga e na qual poderia ter se machucado
- G** Teve um acidente de carro, motocicleta, barco ou outro acidente devido seu uso de droga
- H** Desistiu ou cortou atividades que eram importantes para você para usar a droga
- I** Continuou usando a droga mesmo quando ela estava lhe causando um problema médico
- J** Continuou usando a droga mesmo quando ela estava lhe causando problemas com amigos, parentes e outras pessoas
- K** Continuou usando a droga mesmo quando ela estava lhe causando problemas emocionais ou psicológicos
- L** Viu que você tinha que usar mais da droga que o normal para obter o mesmo efeito ou que a mesma quantidade que você usava antes tinha menos efeito
- M** Viu que parar ou diminuir o seu uso de drogas o fez se sentir mal ou causou você suar, tremer, ter náusea ou diarreia, vomitar ou ter ataques ou convulsões
- N** Usou mais da droga ou de outro remédio para evitar os efeitos ruins após o uso ou fazê-los ir embora (melhorar)
- O** Teve brigas físicas enquanto usava a droga ou logo após usar a droga
- P** Foi preso ou teve problemas com a polícia devido ao uso de droga
- Q** Usou a droga endovenosamente
- R** *Nenhuma destas experiências*

CARTÃO 13

- (1) Discorda Muito**
- (2) Discorda**
- (3) Indeciso**
- (4) Concorda**
- (5) Concorda Muito**

CARTÃO 14 - AUDIT

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

ANEXO 3 - Instrumentos

3.1) URICA

Usar Cartão 13

Este questionário servirá para nos ajudar a melhorar este serviço. Cada frase descreve como uma pessoa pode se sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor indique o quanto você concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça uma escolha em termos do que **você está sentindo agora, e não o que você sentiu no passado ou gostaria de sentir.**

Para todas as frases que se referem ao seu problema, pense no seu **consumo de bebidas alcoólicas**. E aqui, refere-se a este local ou programa de tratamento.

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve sua opinião:

1-Discorda muito 2-Discorda 3-Indeciso 4- Concorda 5- Concorda muito

	Discorda Muito	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Muito
1- No meu ponto de vista, eu não tenho nenhum problema que precise de mudança.	1	2	3	4	5
2-Eu acho que posso estar pronto para alguma melhora pessoal.	1	2	3	4	5
3- Eu estou fazendo algo sobre meus problemas que estão me incomodando.	1	2	3	4	5
4-Vale a pena trabalhar o meu problema.	1	2	3	4	5
5- Não sou eu quem tem o problema. Não faz muito sentido para eu estar aqui.	1	2	3	4	5
6- Você está preocupado em voltar a ter o problema que você pensou que já tinha resolvido? <input type="checkbox"/> Não - Coloque e resposta Discordo Muito – <u>Vá para Q7</u> <input type="checkbox"/> Sim Por isso estou aqui, para buscar ajuda.	1	2	3	4	5
7-Eu estou finalmente tomando providências para resolver meu problema.	1	2	3	4	5
8-Eu tenho pensado que posso querer mudar alguma coisa sobre eu mesmo.	1	2	3	4	5
9-Você tem tido sucesso em resolver seu problema? <input type="checkbox"/> Não - Coloque e resposta Discordo Muito – <u>Vá para Q10</u> <input type="checkbox"/> Sim - Mas não tenho certeza que eu possa manter este esforço sozinho?	1	2	3	4	5
10- Às vezes meu problema é difícil, mas estou tentando solucioná-lo.	1	2	3	4	5
11-Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	1	2	3	4	5
12-Eu espero que este lugar venha ajudar a me entender.	1	2	3	4	5
13-Eu suponho ter defeitos, mas não há nada que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
14-Eu realmente estou me esforçando muito para mudar.	1	2	3	4	

	Discorda Muito	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Muito
15-Eu tenho um problema e realmente acho que deveria tentar resolvê-lo.	1	2	3	4	5
16-Você conseguiu mudar algo em relação ao seu problema? () Não-Coloque e resposta Discordo Muito – Vá para Q17. () Sim – Mas não estou conseguindo dar continuidade como eu esperava ao que já tinha mudado e, estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3	4	5
17-Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou me esforçando para resolver meu problema.	1	2	3	4	5
18-Eu pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas algumas vezes eu ainda percebo que estou lutando com ele.	1	2	3	4	5
19-Eu espero ter mais idéias de como resolver meu problema.	1	2	3	4	5
20- Você começou tentar resolver seu problema? () Não-Coloque e resposta Discordo Muito – Vá para Q21. () Sim - Mas gostaria de receber ajuda.	1	2	3	4	5
21- Talvez este lugar possa me ajudar.	1	2	3	4	5
22- Você fez alguma mudança em relação ao seu problema? () Não-Coloque e resposta Discordo Muito – Vá para Q23. () Sim - Mas eu posso precisar de um estímulo agora para ajudar a manter as mudanças que já fiz.	1	2	3	4	5
23- É possível que eu seja parte do problema, mas não acho que eu seja.	1	2	3	4	5
24- Eu espero que alguém aqui possa me dar boas orientações.	1	2	3	4	5
25- Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
26- Toda essa conversa sobre psicologia é chata. Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer seus problemas?	1	2	3	4	5
27- Eu estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3	4	5
28- É frustrante, mas eu acho que posso estar tendo uma recaída.	1	2	3	4	5
29- Eu tenho preocupações como todo mundo. Por que perder tempo pensando nelas ?	1	2	3	4	5
30- Eu estou tentando ativamente resolver meu problema.	1	2	3	4	5
31- Eu preferiria conviver com meus defeitos do que tentar mudá-los.	1	2	3	4	5
32- Depois de tudo que eu fiz para mudar meu problema, às vezes ele volta a me perseguir.					

ESCORES: URICA

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

3.2) SOCRATES

Usar Cartão 13

Por favor, ouça cuidadosamente as frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu beber. Para cada questão, indique o quanto você concorda ou discorda, **neste momento da sua vida**. Por favor, indique apenas uma alternativa de resposta para cada questão.

As alternativas de resposta são:

1-Discorda muito 2-Discorda 3-Indeciso 4- Concorda 5- Concorda muito

	Discordo Muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Muito
1-Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
2- Às vezes eu penso se sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
3- Se eu não mudar logo a minha maneira de beber, meus problemas vão ficar piores.	1	2	3	4	5
4-Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
5-Estou tentando controlar a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
6- Às vezes eu penso se o meu beber está prejudicando as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7- Eu sou uma pessoa que tem problemas com bebidas alcoólicas.	1	2	3	4	5
8-Eu não estou pensando apenas nas mudanças da minha maneira de beber. Eu já estou fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
9- Eu já mudei o meu hábito de beber e estou buscando meios para não voltar a beber como bebia antes.	1	2	3	4	5
10- Eu tenho graves problemas com a bebida.	1	2	3	4	5
11- As vezes, eu penso se tenho controle sobre a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
12- O meu hábito de beber está causando muitos transtornos.	1	2	3	4	5
13- Você parou ou diminuí seu hábito de beber? <input type="radio"/> Não – Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q14 <input type="radio"/> Sim - Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar o meu beber.	1	2	3	4	5
14- Antes você tinha problemas com a bebida? <input type="radio"/> Não – Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q15 <input type="radio"/> Sim - Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter os problemas com a bebida que eu tinha antes.	1	2	3	4	5
15- Eu sei que tenho problemas com bebidas alcoólicas..	1	2	3	4	5
16- Às vezes eu acho que bebo demais.	1	2	3	4	5
17- Eu sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
18- Eu estou me esforçando muito para mudar o meu hábito de beber.	1	2	3	4	5
19- Você fez mudanças no seu hábito de beber? <input type="radio"/> Não – Coloque a resposta Discordo Muito e finalize esta escala. <input type="radio"/> Sim – Eu quero alguma ajuda para não voltar a beber como antes.	1	2	3	4	5

ESCORES: SOCRATES

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

3.3) INVENTÁRIO SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO USO DO ÁLCOOL (DrInc-2L)

Abaixo estão relacionadas uma série de situações que as pessoas que bebem vivenciam. Ouça atentamente cada uma delas e aponte a frase que indica se alguma vez aconteceu com você. As alternativas de resposta são SIM e NÃO.

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

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

3.4) AUDIT – The Alcohol Use Disorder Identification Test

Circule o número que ficar mais próximo à resposta dada:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 4 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 12 de novembro de 2004.
CEP 1243/04

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) NELIANA BUZI FIGLIE
Disciplina/Departamento: Psiquiatria Clínica/Psiquiatria da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "**Análise fatorial da University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) e Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em alcoolistas**".

Prezado(a) Pesquisador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa acima referenciado.

Conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. Apresentar primeiro relatório parcial em **11/maio/2005**.
5. Apresentar segundo relatório parcial em **07/novembro/2005**.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

"Resaltamos que é de essencial importância que seja verificado, antes da divulgação dos processos e/ou resultados obtidos nesta pesquisa, se os mesmos são potencialmente patenteáveis ou passíveis de outras formas de proteção intelectual/industrial. A proteção por meio do depósito de patente, ou de outras formas de proteção da propriedade intelectual, evita a ação indevida de terceiros e confere maior segurança quando da publicação dos resultados da pesquisa."

ANEXO 5 – Termo de Consentimento

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO CLÍNICO

NOME:

DATA:

N.º DO VOLUNTÁRIO:

A psicóloga **Neliana Buzi Figlie** está realizando um estudo comparativo dos hábitos de beber nos pacientes tratados em Ambulatório para Alcoolismo e em Ambulatório de Gastroenterologia.

A minha participação como voluntário envolve uma entrevista pessoal com duração aproximada de 60 minutos, que incluirá perguntas sobre idade, estado civil, ocupação, hábitos alcoólicos, problemas médicos e mentais, experiência de vida pessoal relacionada ao beber e/ou consumo de drogas, motivos que levam ao consumo alcoólico e/ou de drogas e tratamentos decorrentes deste. Eu posso me recusar a responder qualquer uma das perguntas durante a entrevista.

Eu entendo que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício pessoal direto. No entanto, novos conhecimentos serão adquiridos e poderão ter impacto no entendimento dos problemas relacionados ao uso e abuso de álcool. Vale ressaltar que todas as informações que eu fornecer serão confidenciais e anônimas, conforme previsto em lei.

A profissional supra citada esclareceu-me sobre o objetivo do presente estudo e respondeu as minhas dúvidas sobre o mesmo.

A participação neste estudo é inteiramente voluntária sendo que foi me assegurado o direito de abandonar o estudo assim que o desejar, sem que isto me acarrete qualquer consequência.

Eu concordo em participar voluntariamente,

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

TESTEMUNHA

ANEXO 6 - Cartas de aceitação dos artigos enviados para revistas científicas

Revista Brasileira de Psiquiatria

SÃO PAULO, 1 DE SETEMBRO DE 2004.

Prezada Dra
Neliana Buzi Figlie et cols.

Agradecemos a oportunidade de apreciar seu artigo “Stages of change in alcohol outpatients at the first appointment in treatment”, protocolo n° 2045 A. A RBP tem o máximo interesse em revisar o presente artigo. Entretanto, em função do número crescente de submissões, definiu-se em reunião editorial que artigos descritivos de aspectos clinicamente significativos com amostras de tamanho adequado (como o caso desse estudo) deveriam ser apresentadas sobre a forma de comunicações breves. Portanto, se autores considerarem adequada essa forma de apresentação, ficaríamos muito satisfeitos em re-encaminhar o presente artigo para revisão por pareceristas (1500 palavras, 1 tabela e 15 referências).

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

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

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

Atenciosamente,

Rodrigo A Bressan



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

Informamos que o manuscrito intitulado **Motivation to change drinking behaviour among outpatients with and without gastric disease** (*Motivação para a mudança do comportamento de beber entre pacientes com e sem doença gástrica*), protocolado com o número RPM-1133/4, submetido à publicação na revista São Paulo Medical Journal, foi avaliado pelo Conselho Editorial que emitiu os pareceres que transcrevemos em anexo.

Pedimos verificar as sugestões e efetuar as correções (com cor diferente para destacar) no mesmo arquivo anexado por nós, que já está no formato adequado para reapresentação à revista. O arquivo com o artigo atualizado deverá ser devolvido à editoria da revista no endereço eletrônico revistas@apm.org.br.

Sem mais para o momento e à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente

Marina de Britto - Assistente Editorial

Carla Moraes - Estagiária

Associação Paulista de Medicina - Publicações Científicas
Revista São Paulo Medical Journal e Diagnóstico e Tratamento
Av. Brigadeiro Luis Antonio 278, 7º andar - CEP 01318-901 São Paulo/SP
Fone: (11) 3188 4310 - Fax: (11) 3188 4255
E-mail: revistas@apm.org.br
URL: <http://www.scielo.br/spmj>
URL: <http://www.apm.org.br/revistas>

----- Original Message -----

From: "Browne, Lecia (ELS)" <L.Browne@elsevier.com>
To: "Neliana Buzi Figlie" <neliana_figlie@uol.com.br>
Sent: Monday, November 08, 2004 7:46 AM
Subject: RE: Paper AB 1074 submitted to Addictive Behaviors

Dear Author,

I am pleased to inform you that your article has been compiled in AB (2005)157-163.

Kind regards

Lecia Browne
Issue Manager
Elsevier Ireland Limited.
Elsevier House, Brookvale Plaza,
East Park , Shannon, Co. Clare, Ireland

Tel : + 353 61 709666

Fax: + 353 61 709111

[Mailto:L.Browne@Elsevier.com](mailto:L.Browne@Elsevier.com)

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arbuckle JL. Amos User's Guide (Version 3.6). Chicago (IL): Smallwaters Corporation; 1997.
- Babor TF, Grant M. Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems: Report on Phase II. A randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care. Geneva: World Health Organisation; 1989.
- Babor TF, Fuente JR, Saundes J, Grant M. Audit The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organisation PSA/92.4; 1992.
- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993;88(3):315-35.
- Bode C, Bode C. Alcohol's role in gastrointestinal tract disorders. *Alcohol Health & Res Word* 1997;21(1):76-83.
- Bohn MJ, Barbor TF, Kranzler HR. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol* 1995;56(4):423-31.
- Bradley KA. Management of alcoholism in the primare care setting. *West J Med* 1992;mar;156(3):273-7.
- Brown JM. The Effectiveness of Treatment. In: Heather, N., Peters, T.J. and Stockwell, T. editors. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problem*. England: John Wiley & Sons; 2001. p. 497-508.
- Byrne BM. *Structural Equation Modelling with EQS and EQS/Windows: Basic Concepts, Applications and Programming*. Thousand Oaks (CA): Sage; 1994.
- Carlini-Cotrim B, Chasin AAM. Blood alcohol content and deaths from fatal injury: a study in the metropolitan área of São Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs*; 2000. p.33:269.
- Cicconeli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian Portuguese version of the SF-36. A reliable and validity quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumat* 1999;39(3):143-50.
-

- Cherpitel CJ. Drinking patterns and problems: a comparison of primary care with emergency room. *Subst Abus* 1999;jun;20(2):85-95.
- Crew KD, Negret AI. Epidemiology of upper gastrointestinal malignancies. *Semin Oncol* 2004;aug;31(4):450-64.
- Connors GJ, Donovan DM, DiClemente CC. Substance Abuse Treatment and Stages of Change. New York: The Guilford Press; 2001.
- Davidson R, Rollnick S, MacEwan I. Counselling Problem Drinkers. London: Routledge; 1991. 164p.
- DiClemente CC, Prochaska JO. Self change and therapy change of smoking behaviour. *Addict Behaviour* 1982;7:133-42.
- DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF, Fairhurst S, Rossi JS, Velaquez M. The process of smoking cessation: an analysis of the precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;59:295-304 .
- DiClemente CC. Changing Addictive Behaviours: A Process Perspective. *Current Directions in Psychological Science* 1993;2(4):101-6.
- DiClemente CC, Hughes SO. Stages of Change Profile in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2(2):217-235, 1990.
- Durand MA. General Practice involvement in the management of alcohol misuse: dynamics and resistances. *Drug Alcohol Depend* 1994;jun;35(3):181-9.
- Edwards G, Dare C. *Psicoterapia e Tratamento das Adições*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. Complicações físicas do beber excessivo. In: *O Tratamento do Alcoolismo*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p.113-32.
- Epstein EE. Clasification of alcohol-related problems and dependence. In: *International handbook of Alcohol Dependence and Problemas*. England: John Wiley & Sons; 2001. p. 47-70.
-

Farid B, Clark M, Williams R. Health Locus in Problem Drinkers with and without Liver Disease. *Alcohol & Alcoholism* 1998;33(2):184-7.

Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Motivação. In: *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca; 2004. p. 213-22.

Figlie NB, Laranjeira R. Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. *Rev Bras Psiq* 2004;26(1):63-7.

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

Galduróz JCF, Noto AR, Napo AS. II Levantamento Domiciliar Nacional sobre o uso de Drogas Psicotrópicas Parte A: envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo – SP. [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2002.

Glanz K, Patterson RE, Kristal AR, DiClemente CC, Heimendinger J, Linnan L, McLerran DF. Stages of change in adopting health diets. *Health Education Q*, 21; 1994. p.499-519.

Glanz K, Lewis F, Rimer B. *Health behaviour and health education: theory, research and practice*. 2nd ed. San Francisco (CA): Jossey Bas; 1997.

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

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fargerström Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction* 1991;86:1119-27.

Hajema KJ, Knibbe RA, Drop MJ. Social resources and alcohol-related losses as predictors of help seeking among male problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol* 1999;60(1):120-9.

Hayes V, Morris J, Wolf C, Morgan M. The SF-36 Health Survey Questionnaire: Is it suitable for use with older adults? *Age Ageing* 1995;24:120-5.

Heather N. The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive Behaviors* 1996;21:857-63.

Helander A, Tabakoff B. WHO/ISBRA Studies Center. Biochemical Markers of Alcohol use and Abuse: Experiences from the pilot study of the WHO/ISBRA collaborative project on state and trait markers of alcohol. *Alcohol & Alcoholism* 1996;32(2):Special Article.

Hingson R, Mangione T, Meyers A, Scotch N. Seeking help for alcohol problems: a study in the Boston metropolitan area. *Journal of studies on Alcohol* 1982;43:273-88.

Imrie CW. Diseases of the pancreas: acute pancreatitis. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA. *Oxford Text Book of Medicine*. 3a ed. Oxford: Oxford University Press 1996;2:2027-34.

Jorge MR, Masur J. The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. *Br J Addict* 1985;80:301-5.

Joseph J, Breslin C, Skinner H. Critical perspectives on the transtheoretical model and stages of change. In: Tucker J, Donovan D, Marlatt A. *Changing addictive behaviour*. New York: Guilford; 1999. p. 160-90.

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

Katz J, Peberdy A. *Promoting health: knowledge and practice*. London: Macmillan; 1997.

Kerr CF, Rossini R, Malheiros FA, Valença JEB, Souza LCB, Paulim LFRS, Wassertein S. Importância do estudo de prevalência de ingestão alcoólica excessiva para diagnóstico do alcoolismo em enfermarias gerais e especializadas. *Rev Assoc Bras Psiq* 1985;out-dez;7(27):159-62.

Laranjeira R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1996;45(4):191-6 .

Laranjeira R, Nicastrí S, Jerônimo C, Marques AC, Gigliotti A, Campana A, et al. Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. *J Bras Dep Quim* 2000, 1(1): 5-16.

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

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

McConnaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: measurement and samples profiles. *Psychotherapy* 1983;20:368-75.

McConnaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: a follow-up report. *Psychotherapy* 1989;26:494-503.

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

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

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

Miller WR, Tonigan JS. Assessing Drinkers' Motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychiatry Addict Behaviour* 1996;10(2):81-9 .

Miller WR, Rollnick S. Ambivalence: The Dilemma of Change. In: *Motivational Interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press; 2002a. p.13-9.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press; 2002b. 428p.

- Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 1983;11:147-72.
- Miller WR. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin* 1985;98:84-107.
- Miller WR, Tonigan JS, Longabaugh R. The Drinker Inventory of Consequences (DrInc) an Instrument for Assessing Adverse Consequences of Alcohol Abuse. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism & Project MATCH Monograph Series 1995;4:94p.
- Miller WR, Tonigan JS. Assessing Drinkers' Motivation for Change: The stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). In: *Addictive Behaviors: Readiness on Etiology, Prevention and Treatment*. Edited by G. Alan Marlatt and Gary R. VandenBos. 1st ed. Washington: American Psychological Association; 1997.
- Mincis M, Pereira AA, Steinwurz F, Mincis R. Prevalência de bebedores excessivos, motivos de suas consultas e dados clínicos relacionados com doença hepática: estudo prospectivo em pacientes do Ambulatório da Disciplina de Gastroenterologia da Faculdade de Ciências Médicas de Santos. *RBM.Rev Bras Med* 1990;set;47(9):406-11.
- Moos RH, Moos BS. The interplay between help-seeking and alcohol-related outcomes: divergent processes for professional treatment and self-help groups. *Drug Alcohol Depend.* 2004;aug 16:75(2):155-64.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert n019: Alcohol and the liver. PH 329. Bethesda: The Institute; 1993.
- Ni M, Margetts B, Speller V. Applying the stage of change model to dietary change. *Nutrition Reviews* 1997;51:10-6.
- Noto AR, Carlini EA. Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987-1993). *Revista ABP-APAL* 1995;17(3):107.
- Organizacion Panamericana de Salud [OPS]. La aplicacion de teorías y técnicas de las ciências sociales a la promocion de la salud. *Rev Panam Salud Publica* 1998;4:142-8.
-

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

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

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

Prochaska JO. *Systems of psychoteraphy: a transtheoretical analysis*. Homewood: Dorsey; 1979.

Prochaska JO, DiClemente CC. Transactional Therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice* 1982;19:276-88.

Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and process of self – change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consult Clinical Psychology* 1983;51:390-5.

Prochaska JO, DiClemente CC. *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. New York: Dow-Jones Irwin; 1984.

Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive mode of change. In: Miller WR, Heather N. *Treating addictive behaviours: process of change*. New York: Plenum; 1986. p 3-27.

Prochaska JO, Marcus B. The transtheoretical model: applications to exercise. Chapter 6. In: Dishman R. *Advances in exercise adherence*. Champaign: Human Kinetics; 1994. p.161-80.

Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, Fiore C, Harlow LL, Redding CA, Rosenbloom D, et.al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviours. *Health Psychology* 1994;13(1):39-46.

Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behaviour change. *American Journal Health Promotion* 1997;12:38-47.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychologist* 1992;7:1102-14.

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

Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel, G, Jernigan D. et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research* 2003;9:157-64.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. Part II. *Addiction* 1993;(88):791-804.

Seitz HK, Homann N. Effect of alcohol on the orogastrointestinal tract, the pancreas and the liver. In: Heather N, Peters TJ, Stockwell T. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problem*. England: John Wiley & Sons; 2001. p.151-67.

Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, Von Korff M, German PS, Tischler GL, Leaf PJ, Benham L, Cottler L, Regier DA. Utilization of health and mental health services. Three Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry*. *Archives of General Psychiatry* 1984;41(10):971-8.

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

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

Tessaro I, Lyna P, Rimer B, Heisler J. Readiness to change smoking behaviour in a community health centre population. *Journal Community Health* 1997;22:15-32.

Thom B. Sex differences in help-seeking for alcohol problems: The barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction* 1986;81:777-87.

US. Department of Health and Human Services. Alcohol induced-liver injury. In: 10Th Special report to the US. Congress in Alcohol and Health 2000;jun. p.198-213.

Volk RJ. Alcohol Disorders, consumption patterns and health related quality of life of primary care patients. *Alcohol Clinical Experimental Research* 1997;aug;21(5):899-905.

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

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992;30:473-83.

Willoughby FW, Edens JF. Construct validity and predictive utility of the stages of change scale for alcoholics. *Journal of Substance Abuse* 1996;8(3):275-91.

Wodak AD, Saunders JB, Ewushi-Mensah L, Davies M, Williams R. Severity of alcohol dependence in patients with alcoholic liver disease. *British Medical Journal* 1983;287:1420-2.

Zweben A, Fleming MF. Brief intervention for alcohol and drug problems. In: Tucker JA, Donovan DM, Marlatt GA. *Changing addictive behavior: bridging clinical and public health strategies*. NewYork: Guilford Press; 1999. p. 251-82.

Abstract

Introduction: For some patients who have developed significant alcohol-related physical diseases, total abstinence from alcohol may offer the best chance of survival. However, if such patients underestimate the severity of their drinking problem or do not believe that their drinking behaviour exacerbates their health problems, they will find higher difficulties to remain alcohol free. A first survey undertaken at the Hospital São Paulo of the Universidade Federal de São Paulo used the AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) to measure the frequency of alcohol misuse in a general hospital and found that 22% of male inpatients and 3% of female inpatients scored positive. The highest prevalence was on the gastroenterology wards (26%). This data contributed to the study about the motivations to change the drink behaviour in outpatients with gastric disease.

Objectives: The main aims of this cross-sectional study were: 1. To investigate motivational issues for treatment in two different groups of people with alcohol dependence: 151 outpatients from the gastroenterology clinic and 175 from an alcohol treatment service. 2. To study the psychometric properties of the scales that measure the motivation to alcohol treatment through the confirmatory factor analysis. **Methods:** The interviews were conducted at the outpatient clinics, during the patients' first appointment, at the teaching hospital of the Universidade Federal de São Paulo and consisted of a demographic section with the use of the following scales: Short Form Health Survey (SF-36), Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD), Fagerström Test for Nicotine Dependence, pattern of alcohol and drug consumption, University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) and Drinker Inventory of Consequences (Drlnc 2-L). **Results:** The confirmatory factor analysis of SOCRATES showed that two correlated factors (ambivalence / recognition and action) provided the best fit for the data. The same analysis with URICA suggested that the studied version measured the proposed factors (pre-contemplation, contemplation, action and maintenance), incorporating a correlational structure of the factors with evidence of concurrent validity with severity of alcohol dependence and stages of change. The both questionnaires showed good internal consistency with exception the maintenance scale in URICA. The comparative results suggested that outpatients from the gastroenterology clinic were less dependent on alcohol, had suffered fewer consequences from alcohol, and had less emotional and mental health problems when compared with the outpatients from the alcohol treatment service. In relation to their stages of change, the gastroenterology outpatients presented with high pre-contemplation stages at the beginning of treatment; while outpatients of alcohol treatment service showed higher scores in contemplation, action and maintenance. **Conclusions:** The data of this study suggested that the physical symptoms of the gastric diseases may be a reason for the temporary alcohol abstinence behaviour to the outpatients from gastric diseases because this group showed low motivation to change the drinking behaviour. The Brazilian versions of the SOCRATES e URICA were valid and reliable to measure motivation in alcohol dependents.

Key words: Alcoholism. Motivation. Factor analysis. Outpatients. Gastroenterology.