



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Carla Costa Farnesi

Construção e validação de escalas para medida de crenças e de percepção de controle do consumo de bebidas alcoólicas

UBERLÂNDIA

2009

Carla Costa Farnesi

Construção e validação de escalas para medida de crenças e de percepção de controle do consumo de bebidas alcoólicas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marília Ferreira Dela Coleta

UBERLÂNDIA
2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

- F235c Farnesi, Carla Costa, 1981-
Construção e validação de escalas para medida de crenças e de percepção de controle do consumo de bebidas alcoólicas / Carla Costa Farnesi. - 2009.
198 f. : il.
Orientador: Marília Ferreira Dela Coleta.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.
1. Alcoolismo - Teses. 2. Psicometria - Teses. 3. Psicologia aplicada - Teses. I. Dela Coleta, Marília Ferreira. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 616.89-008.441.33

Carla Costa Farnesi

Construção e validação de escalas para medida de crenças e de percepção de controle do consumo de bebidas alcoólicas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Aprovada em 15 de Maio de 2009.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Marília Ferreira Dela Coleta (Presidente)
Instituição: Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG.

Prof^ª. Dr^ª. Margareth da Silva Oliveira (Membro Titular)
Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, RS.

Prof^ª. Dr^ª. Maria do Carmo Fernandes Martins (Membro Titular)
Instituição: Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG.

Prof. Dr. Ronaldo Pilati Rodrigues (Membro Suplente)
Instituição: Universidade de Brasília – Brasília, DF.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pela base, suporte emocional e incentivo em todos os momentos.

Ao meu pai, Pedro Farnesi Jr., que é exemplo de caráter, amor, determinação, garra e superação. Obrigada pela criatividade em sempre estar perto, mesmo que “geograficamente” esteja longe em alguns momentos realizando seu sonho que também é nosso.

À minha mãe, Maria Luiza Farnesi, sempre presente com amor incondicional, exemplo, cumplicidade e deixando um “perfume no ar”.

Às minhas irmãs, Cátia e Claudia, pela amizade verdadeira, companhia, amor e respeito.

Ao meu esposo, Guilherme Crepaldi, pelo amor, cumplicidade, amizade, incentivo e apoio durante o mestrado na nossa vida de “recém-casados”.

Ao meu cunhado, Marcelo Amorim, pelas longas conversas que me fazem sempre crescer.

À minha querida orientadora, Marília Dela Coleta, que despertou em mim desde a graduação o gosto pela pesquisa. Obrigada pelo carinho, apoio, dedicação, exemplo, confiança e atenção às minhas inquietações. Você foi muito especial nesta trajetória.

À psicóloga e pesquisadora, Maria Luiza Segatto, que foi a responsável pelo meu primeiro olhar sobre a questão da dependência química, e desde então, têm me acompanhado nas minhas conquistas pessoais e profissionais.

À professora Maria do Carmo Fernandes Martins, pela disponibilidade, competência e ajuda nas análises estatísticas da escala de crenças. Obrigada também por ter aceito compor a banca e pelo esforço em estar presente nesse momento importante da minha vida profissional.

À professora Margareth da Silva Oliveira, pela considerável produção de conhecimento na área de dependência química e pela disponibilidade em compor a banca.

À secretária do PGPSI, Marineide, que sempre me atendeu com carinho e disposição, presente desde a graduação em Psicologia na UFU.

Ao coordenador do PGPSI, Emerson Rasesa, pelo profissionalismo, assertividade e equilíbrio.

Aos professores José Augusto Dela Coleta, Renata Ferrarez Fernandes Lopes, Áurea de Fátima Oliveira e Sinésio Gomide Jr., pelas contribuições e sabedoria.

Aos meus amigos que compreenderam minha ausência em alguns momentos e àqueles que me ajudaram em outros, em especial Juliene, Gesiane, Lorena e Lucas.

A cada um que participou na tradução e nas análises de conteúdo dos instrumentos, pelo trabalho despendido e pelas considerações valiosas.

Ao Dr. Guilherme Gregório, que entendeu os objetivos deste estudo e autorizou que fosse realizado junto aos servidores da UFU.

A cada um dos entrevistados na fase inicial, pela confiança em compartilhar comigo suas crenças a respeito da bebida alcoólica e, em alguns momentos, um pouco de seu sofrimento.

A cada um dos servidores da UFU, pela confiança depositada, disponibilidade e interesse em participar.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

... quando, exatamente em que ponto é que o rosa se transforma em vermelho? Distinguir entre o rosa inicial e o vermelho final não nos causa problemas. O difícil é distinguir o momento em que o rosa não é mais rosa. Este é o problema que ocorre quando pensamos se alguém bebe normalmente ou é alcoólatra.... O problema reside exatamente em definir aqueles que não mostram esses sinais óbvios, ou seja, os que estão na interface entre o rosa e o vermelho.... O tempo de interface entre o beber normal e o alcoolismo leva anos. É uma lenta passagem do rosa para o vermelho ...

Jandira Masur

RESUMO

Através da validação de instrumentos de medida de variáveis psicossociais, este estudo visou ampliar o conhecimento sobre o papel de fatores cognitivos relacionados ao consumo de álcool e teve como objetivos principais: (a) construir e validar a Escala de Benefícios e Barreiras percebidos em Evitar o Consumo de Bebidas Alcoólicas para amostras brasileiras, (b) adaptar e validar uma versão da escala DRIE (Drinking Related Internal-External Locus of Control Scale) para amostras brasileiras, (c) testar a capacidade de predição das crenças e percepção de controle sobre o consumo de álcool. Para isso, o projeto constou de duas fases distintas e, em ambas, o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) foi utilizado para medida do padrão de consumo de álcool no último ano. Na fase inicial foram entrevistados 66 bebedores-problema, em tratamento ou não, para levantamento de benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de álcool, tendo como base teórica o Modelo de Crenças em Saúde. Os resultados desta fase possibilitaram a construção dos itens da versão piloto da escala. Já a escala DRIE original em inglês passou por uma tradução e retradução e, em seguida, as duas escalas passaram por avaliação semântica e validação de conteúdo e por uma aplicação piloto. Na segunda fase do estudo, para validação empírica das escalas, participaram 433 servidores de uma instituição federal de ensino superior. Os dados foram analisados através do programa SPSS for Windows, para avaliar a estrutura fatorial e a confiabilidade dos instrumentos. As análises fatoriais apontaram os 19 itens da versão final da Escala de Benefícios e Barreiras Percebidos em Evitar o Consumo de Bebidas Alcoólicas, reunidos em dois fatores de segunda ordem (benefícios percebidos e barreiras percebidas), ambos com índices satisfatórios de consistência interna. A versão brasileira da escala DRIE, após análises fatoriais, permaneceu com 35 itens alocados em dois fatores (externalidade e internalidade), também com índices bastante satisfatórios de consistência interna. Os resultados dos testes de correlação e comparação entre os grupos foram, em sua maioria, coerentes com as expectativas teóricas. O grupo de bebedores-problema percebeu significativamente menos benefícios e mais barreiras em evitar o consumo de álcool e mostrou-se mais externo no locus de controle do comportamento de beber do que o grupo de abstêmios ou usuários de baixo risco. Foram encontradas correlações positivas entre o escore do AUDIT e as barreiras percebidas, e correlações negativas entre o padrão de consumo de álcool e benefícios percebidos. Em relação ao locus de controle, o escore no AUDIT correlacionou-se positivamente somente com a Externalidade. Análises de regressão múltipla apontaram que o modelo testado neste estudo predisse significativamente o consumo de álcool nos últimos 12 meses, explicando 16% da variância total da variável dependente. Conclui-se que os instrumentos aqui validados podem contribuir para o desenvolvimento de pesquisas no meio brasileiro e para planejamento de programas de prevenção e intervenção, visto que se mostraram úteis também na população de não-alcoolistas.

Palavras-chave: escalas; construção e validação; locus de controle; crenças em saúde; consumo de álcool.

ABSTRACT

This study aimed to expand the knowledge about the role of cognitive factors related to drinking behavior, through the validation of psychosocial measures. The main objectives were: (a) to construct and to validate, for Brazilian samples, a scale of perceived benefits and barriers to prevent the consumption of alcoholic beverages; (b) to adapt and to validate a version of the DRIE scale (Drinking Related Internal-External Locus of Control Scale) for Brazilian samples; (c) to investigate the relationship between the variables of the proposed model. So, the project was developed into two phases, both using the AUDIT to measure the alcohol consumption pattern in the last year. At the first phase a sample of 66 problem drinkers, in treatment or not, was interviewed in order to identify the perceived benefits and barriers related to avoid the consumption of alcohol beverages, being these variables theoretically based on the Health Belief Model. The results of this phase permitted the construction of the items for a pilot version of the scale. The original DRIE scale was translated to Portuguese and back translated to English, and the following steps were the content and semantic analysis of both scales and a pilot test with them. In the second phase of the study, related to the empirical validation, the pilot version of the scales was applied to 433 public workers from a federal institution of higher education. The data were analyzed by using the SPSS for Windows, in order to evaluate the factor structure and the reliability of the instruments. The factor analyses pointed the 19 items to maintain in the final version of the Scale of Perceived Benefits and Barriers to Avoid Alcohol Drinking, organized into two second-order factors (perceived benefits and perceived barriers), both with satisfactory internal consistency. The Brazilian version of the DRIE scale, after factor analyses, remained with 35 items divided into two factors (internality and externality), with very satisfactory internal consistency too. The results of correlation and comparison between groups were mostly consistent with theoretical expectations. The problem-drinkers group perceived significantly less benefits and more barriers to avoid the alcoholic beverage, and showed to be more external in the locus of control of drinking behavior than the non drinkers group. Positive correlations were found between the AUDIT score and the perceived barriers, and negative correlation were found between alcohol consumption and perceived benefits. Concerning to the locus of control orientation, the AUDIT score was just positively correlated with Externality. Multiple regression analysis showed that the proposed model predicted significantly the consumption of alcohol in the last 12 months and explained 16% of the total variance of the dependent variable. It can be suggested that the validated instruments can contribute for the development of Brazilian researches, and to plan the prevention and intervention programs, since they are also useful to apply in non-alcoholics population.

Key words: scales; construction and validation; locus of control; health beliefs; drinking behavior.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas (Laranjeira, et al. 2003, p. 14)	44
Figura 2. Frequência de problemas relacionados ao consumo de álcool.	45
Figura 3. Breve explicação de alguns modelos explicativos da dependência.	53
Figura 4. Modelo Cognitivo-comportamental do processo de recaída (Marlatt & Gordon, 1993, p. 35).	60
Figura 5. Classificação dos instrumentos quanto à finalidade.	62
Figura 6. Teste gráfico da análise de componentes principais (PC) da escala de benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas.	120
Figura 7. Teste gráfico da PC da escala DRIE.	128
Figura 8. Representação gráfica do modelo de predição do padrão de consumo de álcool no último ano obtido por meio da análise de regressão padrão.	145

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Unidades de álcool em cada dose de bebida.	41
Tabela 2. Padrão de consumo de álcool x risco à saúde.	41
Tabela 3. Dados biográficos dos participantes da fase inicial ($N = 66$).	108
Tabela 4. Padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses dos participantes da fase inicial ($N = 66$).	109
Tabela 5. Categorias e frequências das crenças levantadas pelos participantes sobre porque as pessoas em geral deveriam evitar o consumo de bebidas alcoólicas.	110
Tabela 6. Categorias e frequências dos benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas.	111
Tabela 7. Categorias e frequências das barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas.	112
Tabela 8. Categorias e frequências das dificuldades percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas.	113
Tabela 9. Dados biográficos dos participantes da fase final ($N = 433$).	117
Tabela 10. Tipos de tratamento procurados pela sub-amostra ($n = 31$).	118
Tabela 11. Padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses para participantes da fase final ($N = 433$).	118
Tabela 12. Cargas fatoriais, comunalidades (h^2), valores próprios e variância explicada de cada fator.	121
Tabela 13. Cargas fatoriais, comunalidades (h^2), valores próprios e variância explicada do primeiro fator de segunda ordem: benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas.	123
Tabela 14. Cargas fatoriais, comunalidades (h^2), valores próprios e variância explicada do segundo fator de segunda ordem: barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas.	125
Tabela 15. Coeficientes de Confiabilidade da sub-escala Benefícios percebidos.	127
Tabela 16. Coeficientes de Confiabilidade da sub-escala Barreiras percebidas.	127

Tabela 17. Cargas fatoriais, comunalidades (h^2), valores próprios e variância explicada do fator 1.	130
Tabela 18. Cargas fatoriais, comunalidades (h^2), valores próprios e variância explicada do fator 2.	131
Tabela 19. Itens excluídos com carga fatorial inferior a 0,30.	132
Tabela 20. Coeficientes de Confiabilidade da sub-escala “externalidade no locus de controle do comportamento de beber”.	133
Tabela 21. Coeficientes de Confiabilidade da sub-escala “internalidade no locus de controle do comportamento de beber”.	134
Tabela 22. Parâmetros relacionados à normalidade das variáveis contínuas da amostra final.	136
Tabela 23. Médias dos escores das escalas, desvios-padrão e resultados dos testes t por sexo ($N = 433$).	138
Tabela 24. Médias dos escores das escalas, desvios-padrão e resultados dos testes F (ANOVA) por estado civil ($N = 433$).	138
Tabela 25. Médias dos escores das escalas, desvios-padrão e resultados dos testes F (ANOVA) por nível de instrução ($N = 433$).	139
Tabela 26. Médias das escalas, desvios-padrão e resultados dos testes t por sub-grupos do AUDIT ($N = 433$).	141
Tabela 27. Médias das escalas, desvios-padrão e resultados dos testes t por níveis 1 e 2 do AUDIT ($N = 433$).	142
Tabela 28. Coeficientes de correlação (r de Pearson) entre as variáveis contínuas.	143
Tabela 29. Resumo da análise de regressão múltipla método <i>enter</i> para variáveis que predizem o padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses ($N = 433$).	144

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	29
2	ÁLCOOL	33
2.1	Aspectos históricos	33
2.2	Epidemiologia do uso de álcool	34
2.3	Custos e problemas sociais decorrentes do uso de álcool	36
2.4	Aspectos gerais e complicações clínicas	39
2.5	Padrão de consumo de álcool	40
2.6	Critérios diagnósticos da dependência de álcool	43
2.7	Modelos teóricos da dependência	51
2.7.1	Modelo moral	51
2.7.2	Modelo da doença	51
2.7.3	Modelo de comportamento dependente	52
2.8	Modelos de tratamento da dependência de álcool	54
2.8.1	Alcoólicos Anônimos (AA)	54
2.8.2	Tratamento farmacológico	56
2.8.3	Entrevista Motivacional	56
2.8.4	Prevenção da Recaída	59
2.9	Instrumentos e escalas de avaliação relacionados à dependência de álcool	61
2.9.1	AUDIT (<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>)	63
3	MODELOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À SAÚDE	67
3.1	Modelo de Crenças em Saúde	67
3.1.2	Pesquisas sobre as crenças em saúde	69
3.2	Locus de controle	72
3.2.1	Locus de controle e saúde	74
3.2.2	Pesquisas sobre locus de controle e consumo de álcool	75
3.2.3	Instrumentos para medida do locus de controle	83
3.2.3.1	DRIE (<i>Drinking-Related Internal-External Locus of Control Scale</i>)	85
4	JUSTIFICATIVA	89
5	OBJETIVOS	91
6	MÉTODO	93
6.1	Amostra	93
6.1.1	Amostra da fase inicial: levantamento de crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas)	93
6.1.2	Amostra da fase final: validação da escala de crenças e da escala DRIE	94
6.2	Instrumentos	95
6.2.1	Instrumento da fase inicial: levantamento de crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas)	95
6.2.2	Instrumento da fase final: validação da escala de crenças e da escala DRIE	97
6.3	Procedimentos	99

6.3.1	Avaliação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa	99
6.3.2	Coleta de dados	99
6.3.2.1	Coleta de dados da fase inicial: levantamento de crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas)	99
6.3.2.2	Coleta de dados da fase final: validação da escala de crenças e escala DRIE	101
6.3.3	Análise de dados	104
6.3.3.1	Análise de dados da fase inicial: levantamento de crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas)	104
6.3.3.2	Análise de dados da fase final: validação da escala de crenças e escala DRIE	105
7	RESULTADOS	107
7.1	Fase inicial: Levantamento de crenças para construção da escala de crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas)	107
7.1.1	Construção da versão piloto da escala de crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas)	113
7.2	Validação semântica e de conteúdo da escala de crenças sobre evitar o consumo de bebidas alcoólicas e da escala DRIE	114
7.3	Fase final: validação empírica da escala construída para medida das crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas) e da versão traduzida para o português da escala DRIE	116
7.3.1	Resultados relativos aos dados sócio-demográficos da amostra final	116
7.3.2	Resultados relativos às análises fatoriais para validação da escala de benefícios e barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas	119
7.3.3	Resultados relativos à confiabilidade da escala de benefícios e barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas	126
7.3.4	Resultados relativos às análises fatoriais da versão brasileira da escala DRIE: locus de controle do comportamento de beber	128
7.3.5	Resultados relativos à confiabilidade da versão brasileira da escala DRIE: locus de controle do comportamento de beber	132
7.3.6	Resultados da amostra e dos grupos nas medidas das variáveis do estudo e comparações entre os grupos	134
7.3.7	Resultados relativos à relação entre as variáveis	142
7.3.8	Resultados relativos às análises de regressão	143
8	DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	147
8.1	A escala de Benefícios e Barreiras Percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas	147
8.2	A escala DRIE – Locus de controle do comportamento de beber	150
8.3	Perfil da amostra e de sub-grupos em relação às crenças em saúde, locus de controle do comportamento de beber e padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses	154

8.4	Relações entre o padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses, locus de controle do comportamento de beber, crenças em saúde e variáveis sócio-demográficas	158
8.5	Considerações finais	160
9	REFERÊNCIAS	167
	ANEXO A. Entrevista fase inicial: levantamento de crenças	175
	ANEXO B. Questionário Fase Final	181
	ANEXO C. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFU	189
	ANEXO D. Esclarecimentos sobre a pesquisa apresentados ao Pró-reitor de Recursos Humanos da UFU	193
	ANEXO E. Declaração e autorização para realização da pesquisa pelo Pró-reitor de Recursos Humanos da UFU	197
	ANEXO F. Versão original (em inglês) escala DRIE (<i>Drinking Related Internal-External Locus of Control Scale</i>)	201
	ANEXO G. Formulário para análise dos juízes da escala DRIE	205
	ANEXO H. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	211
	ANEXO I. Categorias levantadas a partir do levantamento de crenças	215
	ANEXO J. Análise de juízes da escala do Locus de Controle do Comportamento de Beber	227

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. No entanto, as implicações psicológicas e sociais são evidentes e devem ser consideradas na compreensão global do problema.

O alcoolismo é um grave problema de saúde pública, atingindo cerca de 12% da população brasileira, com 18 anos ou mais, que têm algum problema com o álcool, ou decorrente do uso nocivo ou da dependência deste (SENAD, 2007).

A dependência das drogas é um transtorno em que predomina a heterogeneidade, afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Além disso, o nível de adesão ao tratamento ou às práticas preventivas e de promoção de saúde é considerado baixo (Ministério da Saúde, 2003).

Cada vez mais pesquisadores estão envolvidos com este tema no intuito de compreender os diferentes padrões de consumo, definir estratégias de tratamento mais eficazes e reduzir o impacto negativo gerado pela complexidade da dependência química.

Como sugere Dela Coleta (2004), o pesquisador que considerar as variáveis do Modelo de Crenças em Saúde e incluir outras tão importantes e específicas no estudo, estará no caminho certo para encontrar respostas para a não adesão aos comportamentos de prevenção, tratamento ou controle de doenças, disfunções ou condições incapacitantes ou limitadoras da qualidade de vida.

Este estudo focaliza variáveis que, de forma geral, têm se relacionado a comportamentos de saúde, como o locus de controle e os benefícios e barreiras percebidos do Modelo de Crenças em Saúde, ampliando o conhecimento sobre o papel dos fatores cognitivos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, a fim de possibilitar um melhor

delineamento de ações preventivas com maiores chances de sucesso nas intervenções e tratamento.

Diante da constatação da carência de instrumentos disponíveis para investigar os benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de álcool e a percepção de controle do comportamento de beber, realizou-se este estudo com o intuito de construir e validar instrumentos de medida destas crenças e percepções específicas do problema.

Outros objetivos deste estudo são: descrever o perfil da amostra final pesquisada em relação às crenças, locus de controle do comportamento de beber e padrão de consumo de álcool no último ano; verificar como essas variáveis relacionam-se entre si e testar a capacidade de predição das crenças e percepção de controle sobre o consumo de álcool.

Para o alcance destes objetivos, este estudo está organizado em torno de três grandes eixos: o consumo de álcool, o Modelo de Crenças em Saúde e o Locus de Controle, destacando-se os principais conceitos, definições, modelos teóricos e estudos empíricos encontrados na literatura para cada um destes temas.

A apresentação do método de pesquisa e dos resultados encontrados foi dividida em duas partes, referentes às duas fases de trabalho: a fase inicial, destinada ao levantamento de crenças para a construção da versão piloto da escala de benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas e, a fase final, para validação empírica das escalas para medida de crenças e de percepção de controle do consumo de bebidas alcoólicas.

Com uma amostra de 66 indivíduos com problemas relativos ao consumo de álcool, em tratamento ou não, foram obtidos 188 benefícios e barreiras percebidos, por meio de uma entrevista estruturada, com base teórica no Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974), que foram analisados, agrupados por semelhança semântica e transformados nos 21 itens da versão piloto da escala, após análise dos juízes. Para a medida do locus de controle do comportamento de beber foi feita a tradução, retradução e adaptação da escala *Drinking*

Related Internal-External Locus of Control Scale – DRIE (Keyson & Janda, 1972), que também foi submetida a uma análise de juízes. Após um teste piloto, as escalas, juntamente com um questionário de dados pessoais e o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), para medida do padrão de consumo de álcool no último ano (Babor, La Fuente, Saunders & Grant, 1992; Mendez, 1999), foram aplicados a uma amostra de 433 servidores de uma instituição federal de ensino superior, o que correspondeu a 10% desta população. Os procedimentos para se alcançar os objetivos deste estudo, além destes, incluíram a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o contato com os responsáveis pelas instituições, a coleta e análise dos dados, esta última através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) for Windows, versão 12.0. Como resultado, identificou-se a estrutura fatorial da escala de Benefícios e Barreiras percebidos em Evitar o Consumo de Bebidas Alcoólicas e da versão brasileira da escala DRIE. Os resultados das análises para verificar a relação entre os escores das escalas foram, em sua maioria, coerentes com as expectativas teóricas e com a análise de regressão múltipla, que apontou as crenças e percepção de controle como preditoras do consumo de álcool. Entretanto, os resultados sobre a Internalidade no locus de controle do comportamento de beber ainda se mostram inconclusivos, de modo consistente com a literatura, necessitando de mais investigações.

2 **ÁLCOOL**

2.1 **Aspectos históricos**

Através da história, o álcool tem assumido diversas funções, desde remédios, perfumes e poções mágicas, mas principalmente como o componente essencial de bebidas que acompanham os ritos de alimentação dos povos, fazendo parte do dia a dia de famílias em todo o mundo. No entanto, à medida que as sociedades foram passando por transformações econômicas e sociais, principalmente com a revolução industrial – que provocou as grandes concentrações urbanas, multiplicou enormemente a produção e a disponibilidade das bebidas e reduziu de modo drástico os seus preços –, houve uma mudança profunda na maneira da sociedade e dos homens relacionarem-se com o álcool. O conceito de alcoolismo só surgiu no século XVIII, logo após a crescente produção e comercialização do álcool destilado, conseqüente à revolução industrial (Gigliotti & Bessa, 2004).

O termo *alcoolismo* foi proposto pelo médico sueco Magnus Huss, em 1849, que introduziu o termo alcoolismo crônico como um estado de intoxicação pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos. A partir da publicação do seu conceito, o alcoolismo passou a ser considerado uma doença (Bertolote, 1997).

Bertolote (1997) sugere que Robert Strauss e Selden Bacon, em 1953, seriam os primeiros a publicar uma conceitualização do alcoolismo como um fenômeno que se manifesta em várias dimensões, expressando-se ao longo de distintos eixos: físico, psicológico e social. Assim, do ponto de vista epistemológico, o autor ressalta que foi uma notável mudança já que o alcoolismo como uma doença passou a ser um dos diversos problemas encontrados, nascendo, então, o conceito de *problemas relacionados com o consumo de álcool*.

Posteriormente, Elvin Jellinek, em 1960, definiu como *perda de controle (loss of control)* o fato de que algumas pessoas quando, começam a beber, não conseguem aparentemente se restringir a uma ou duas doses, bebendo até a embriaguez, sendo esse fenômeno, segundo ele, conseqüente de uma reação fisiológica em cadeia, desencadeado por uma quantidade inicial de álcool (Formigoni & Monteiro, 1997).

O comportamento de beber em excesso como uma doença recebeu maior atenção quando o número de problemas de saúde decorrentes do consumo excessivo de bebidas alcoólicas tornou-se uma questão de saúde pública, principalmente na Europa e nos Estados Unidos (Laranjeira & Pinsky, 2000).

2.2 Epidemiologia do uso de álcool

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004) estima que existam no mundo dois bilhões de pessoas que consomem bebidas alcoólicas e 76,3 milhões com diagnóstico de transtornos relacionados ao álcool. O uso indevido dessa substância é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Quando esses índices são analisados em relação à América Latina, o álcool assume uma importância ainda maior, dado que cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos neste continente estão relacionados ao uso indevido dessa substância, índice quatro vezes maior do que a média mundial.

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, promovido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em 2005, em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), aponta que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool e cerca de 75% já beberam pelo menos uma

vez na vida. Em todas as regiões, observam-se mais dependentes de álcool entre indivíduos de sexo masculino. Os dados também indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e sugerem a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento (SENAD, 2007).

Esses dados mostram um aumento, já que no I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 2001, a prevalência de dependência de álcool foi de 11,2%, sendo 17,1% para homens e 5,7% para mulheres (Galduroz & Caetano, 2004).

Galduroz e Caetano (2004), ao descreverem as pesquisas epidemiológicas sobre álcool mais recentes e significativas conduzidas no Brasil, concluíram que o álcool contribui fortemente na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados em nosso país.

O I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (SENAD, 2007) foi um estudo probabilístico com uma amostra de 3.007 entrevistas, representativa da população brasileira com 14 anos de idade ou mais, de ambos os gêneros, e sem exclusão de qualquer parte do território nacional, inclusive áreas rurais, sendo a primeira pesquisa que utilizou método de seleção da amostra totalmente probabilístico com 100% de representação do território nacional.

Esta pesquisa evidenciou vários dados importantes:

- Constatou-se que 48% da população adulta é abstinente (35% dos homens e 59% das mulheres).
- Sobre a população que bebe além de cinco doses (cinco para homens e quatro para mulheres), que é considerado o beber de maior risco, observou-se que 29% bebem dessa forma e 48% abaixo de duas doses. Quando se faz a análise por sexo, tem-se que 38% dos homens bebem acima de cinco doses e 38% abaixo de duas doses. Das mulheres, 17% bebem acima de quatro doses e 63% abaixo de duas doses. Na variável idade, predomina o

consumo maior do que cinco doses, ao redor de 30%, e somente na faixa etária acima de 60 anos esse índice cai para 17%.

- Ao se considerar juntas as variáveis frequência e quantidade, criando um padrão que leva em conta esses dois componentes, obteve-se um resumo do padrão do beber brasileiro, em que 48% são abstinentes, 24% bebem frequentemente e pesado e 29% são bebedores pouco frequentes e não fazem uso pesado.
- Do total da população com 18 anos ou mais, 3% declaram ter problemas de uso nocivo e 9% de dependência, ou seja, 12% da população brasileira têm algum problema com o álcool.

Os pesquisadores concluem que a informação que metade dos bebedores bebe com um padrão perigoso e somente a outra metade bebe com um padrão relativamente seguro, mostra que, contrariamente ao que se pensa de que a maioria bebe pouco, a metade dos bebedores consome álcool com alto risco para sua saúde, informação importante que deve ser amplamente divulgada e discutida. Os dados referentes aos 12% da população que apresentam algum problema relacionado com o álcool reforçam, em termos de saúde pública, a dimensão do custo social do álcool.

2.3 Custos e problemas sociais decorrentes do uso de álcool

O consumo de álcool está ligado a diversas conseqüências para o indivíduo, para aqueles que estão à sua volta e para a sociedade como um todo.

Entre os problemas de ordem biopsicossocial decorrentes do abuso e dependência de álcool que afetam a família e o usuário estão: sofrimento, complicações físicas e mentais, desemprego, violência, criminalidade, mortalidade, morbidade, entre outros e esses problemas

acarretam, de maneira significativa, custos econômicos elevados para a sociedade (Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira & Ferraz, 2006).

Os pesquisadores acrescentam, que no Brasil, o álcool é responsável por 85% das internações decorrentes do uso de drogas, 20% das internações em clínica geral, 50% das internações masculinas psiquiátricas; somente entre os anos de 1995 e 1997, as internações decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas geraram um gasto de 310 milhões de reais; 61% de casos de alcoolemia detectados em pessoas envolvidas em acidentes de trânsito em Recife, Brasília, Curitiba e Salvador. Os autores concluem que se o aumento do consumo de álcool eleva também a gravidade dos problemas decorrentes, conseqüentemente, o custo social será maior.

As questões de saúde em geral prevalecem nas discussões sobre os problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, porém, o álcool está ligado a prejuízos na esfera social.

As categorias de problemas sociais relacionadas ao álcool incluem: vandalismo, desordem pública, problemas familiares (conflitos conjugais e divórcio), abuso de menores, problemas interpessoais, problemas financeiros, problemas ocupacionais (exceto os de saúde ocupacional), dificuldades educacionais e custos sociais. Ainda que uma causalidade direta não possa ser estabelecida, o estudo dessas categorias de danos – incluindo variáveis como volume de álcool consumido, padrões de consumo e outros fatores interativos – demonstra que as conseqüências sociais do uso do álcool colocam esse produto, no mínimo, como um fator adicional ou mediador entre outros que contribuem para a ocorrência de determinado problema, conclusão similar àquela válida para problemas de saúde (Meloni & Laranjeira, 2004).

Meloni e Laranjeira (2004) expõem evidências que permitem avaliar o consumo do álcool para além da esfera médica assistencial, pessoal e familiar, como questão prioritária do

ponto de vista sócio-político e de saúde pública, discutindo e apresentando dados mundiais e enfatizando dados específicos do cenário brasileiro. Eles concluem que dentre os principais problemas de saúde pública no Brasil da atualidade o mais grave é o consumo de álcool, posto ser este o fator determinante de mais de 10% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida neste país e ressaltam que, embora sejam necessários estudos mais abrangentes e específicos que permitam uma caracterização mais clara dos custos sociais e de saúde relacionados ao álcool no Brasil, as evidências disponíveis são suficientes para colocar como prioritária uma agenda de políticas públicas que contemplem a elaboração de intervenções de controle social deste produto.

A detecção dos transtornos decorrentes do uso de álcool é um dos primeiros passos a serem dados para que os problemas resultantes do consumo sejam minimizados. Entretanto, por se tratar de uma doença cujo diagnóstico depende de uma anamnese detalhada, voltada especialmente para o problema e pela falta de testes complementares eficazes, essa enfermidade é freqüentemente sub-diagnosticada (Paz Filho, et al. 2001).

Assim, não são somente os indivíduos dependentes de álcool que podem ter problemas, pois o uso abusivo é responsável por várias repercussões negativas para o indivíduo e para a sociedade. O uso de álcool é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças e danos sociais, evidências que permitem avaliar o consumo para além da esfera médica assistencial, pessoal e familiar, como questão prioritária do ponto de vista sócio-político e de saúde pública.

2.4 Aspectos gerais e complicações clínicas

O álcool é considerado uma droga psicotrópica, pois atua no sistema nervoso central (SNC), provocando mudança no comportamento de quem o consome, além de ter potencial para desenvolver dependência. Por ser uma das poucas drogas psicotrópicas que têm seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade, ele é encarado de forma diferenciada, quando comparado com as demais drogas.

O álcool tem sido descrito tradicionalmente como uma droga depressora do sistema nervoso central, já que seu suposto efeito estimulante pode ser explicado por sua ação no cérebro, onde provoca a liberação de dopamina. Possui importantes efeitos farmacológicos e tóxicos sobre a mente e sobre quase todos os órgãos e sistemas do corpo humano (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

Edwards, et al. (1999) explicam que o consumo pesado de álcool causa danos físicos por meio de muitos efeitos diretos e indiretos sobre o corpo: transtornos gastroenterológicos (doenças hepáticas alcoólicas, pancreatites, úlceras), transtornos músculo-esqueléticos (gota, osteoporose, miopatia), transtornos endócrinos, câncer, doença cardiovascular (arritmias, hipertensão, derrames, doença cardíaca coronariana, miocardiopatia alcoólica), doenças respiratórias, transtornos metabólicos (hipoglicemia), efeitos hematológicos (anemia, deficiência de ferro), transtornos do sistema nervoso central e periférico (convulsões, degeneração cerebelar alcoólica, encefalopatias, neuropatias), síndrome fetal pelo álcool, doenças de pele, dentre outros.

A investigação básica da ingestão alcoólica deve ser rotineira na prática médica, já que há a possibilidade, segundo Edwards, et al. (1999), de um problema com bebida não-declarado por trás de uma série de apresentações clínicas.

Essas complicações clínicas proporcionam um critério objetivo da gravidade da dependência, como também podem ser a principal razão para uma pessoa com problemas decorrentes do beber excessivo buscar ajuda.

2.5 Padrão de consumo de álcool

Dufour (1999) ressalta que as pesquisas com metodologia científica acerca do consumo de álcool pela população são recentes e que boa parte dos pesquisadores está interessada nos efeitos do álcool no organismo e não propriamente nos diversos tipos de bebida, assim, a padronização esbarra em algumas dificuldades: diferentes bebidas, com diferentes concentrações, dentro de diferentes invólucros, servidas a partir de diferentes referenciais sócio-culturais. Uma das soluções encontradas foi a padronização a partir da concentração média de álcool para cada bebida.

A individualização do diagnóstico de dependência de álcool inclui alguns procedimentos de avaliação do padrão de consumo que, além de detectar os níveis de gravidade, permite a observação de rituais de uso e o delineamento de estratégias de mudanças (Laranjeira, et al., 2003).

Para se obter o consumo de álcool medido por unidades, de acordo com Laranjeira, et al. (2003), é preciso multiplicar a quantidade da bebida por sua concentração alcoólica, assim, chega-se à quantidade absoluta de álcool da bebida, depois é feita uma conversão: uma unidade para cada 10g de álcool da bebida (Tabela 1).

Tabela 1. Unidades de álcool em cada dose de bebida.

Bebida	Volume	Concentração	Quantidade de álcool (volume x concentração)	Unidades de álcool
Vinho Tinto	90ml	12%	11g	1,1U
Cerveja	350ml	5%	17g	1,7U
Destilado	50ml	40%	20g	2,0U

Nota. Laranjeira, et al. (2003), p. 34.

A partir desses valores, buscou-se identificar quantas unidades de álcool um adulto sadio poderia beber por semana, sem que isso acarretasse problemas à sua saúde (Laranjeira & Pinsky, 2000). A tabela 2 mostra os diferentes níveis de risco para homens e mulheres.

Tabela 2. Padrão de consumo de álcool x risco à saúde.

Risco	Mulheres	Homens
Baixo	Menos de 14 unidades por semana	Menos de 21 unidades por semana
Moderado	15 a 35 unidades por semana	22 a 50 unidades por semana
Alto	Mais de 36 unidades por semana	Mais de 51 unidades por semana

Nota. Laranjeira e Pinsky (2000), p.14.

As diferenças na quantidade de consumo entre homens e mulheres são atribuídas a diversos fatores. A concentração de álcool no sangue (CAS) é muito semelhante ao nível nos tecidos em quase todo o corpo, exceto na gordura. A gordura corporal relativamente maior nas mulheres leva a uma CAS mais alta do que ocorreria nos homens após uma dose equivalente de álcool (Edwards, et al. 1999). Assim, as mulheres absorvem maiores quantidades de álcool se comparadas aos homens. Importante destacar que esse padrão de

consumo só é válido para mulheres não-grávidas, pois para as gestantes recomenda-se total abstinência do álcool (Laranjeira & Pinsky, 2000).

É importante ressaltar que o padrão de consumo de álcool só é aceitável quando as unidades de álcool são consumidas ao longo de uma semana. Se uma pessoa ingerisse a quantidade semanal em um único dia, estaria causando danos à sua saúde e teria várias alterações físicas resultantes desse nível agudo de consumo (Laranjeira & Pinsky, 2000; Laranjeira, et al., 2003).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) ainda esclarece que, em algumas situações, o uso do álcool não é recomendado nem em pequenas quantidades. Dentre elas se encontram: mulheres grávidas ou tentando engravidar, pessoas que planejam dirigir ou que estão realizando tarefas que exijam alerta e atenção como a operação de uma máquina, pessoas em uso de medicações, pessoas com condições clínicas que podem ser pioradas com o uso do álcool como a hipertensão e o diabetes, alcoolistas em recuperação e menores de 18 anos.

Para Laranjeira, et al. (2003), o diagnóstico de dependência é feito a partir do levantamento de três perfis básicos: (a) o padrão de consumo e a presença de critérios de dependência; (b) a gravidade do padrão de consumo e como ele complica outras áreas da vida e, (c) a motivação para a mudança. O padrão de consumo do indivíduo seria a questão central e os três critérios como um todo estão relacionados ao planejamento da abordagem terapêutica.

Essa avaliação da gravidade permite que sejam identificados os fatores protetores e de manutenção e quais os controles que o indivíduo é capaz de exercer sobre o seu consumo, portanto, é uma ferramenta fundamental para os profissionais e pesquisadores interessados na questão do comportamento dependente que tem sido visto de maneiras distintas por aqueles que se dedicam à intervenção.

2.6 Critérios diagnósticos da dependência de álcool

As substâncias com potencial de abuso, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), são aquelas que podem desencadear no indivíduo a auto-administração repetida, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo (Laranjeira, et al., 2003).

A dependência pode ser entendida como um relacionamento alterado entre o indivíduo e sua forma de beber. A pessoa pode iniciar o consumo por diversas razões e, quando fica dependente, muitas razões para o comportamento de beber são supra-adicionadas às muitas razões precedentes para o beber e o beber pesado, tornando a dependência um comportamento que se auto-mantém (Edwards, et al. 1999).

Na década de 70, a partir de estudos e observações clínicas, Edwards e Gross (1976, citado por Edwards, et al. 1999) fizeram uma descrição mais detalhada da dependência de álcool, que passou a ser vista como uma síndrome, com repetidos agrupamento de sinais e sintomas, como também com diferentes graus de severidade, portanto, conferiu objetividade ao conceito de dependência química.

Esse conceito atual de dependência química, mais descritivo e baseado em sinais e sintomas, não condiz com a idéia de existir apenas o dependente e o não dependente. Existem padrões individuais de consumo que variam de intensidade e gravidade ao longo de uma linha contínua (Laranjeira, et al., 2003). A Figura 1 ilustra esses padrões.

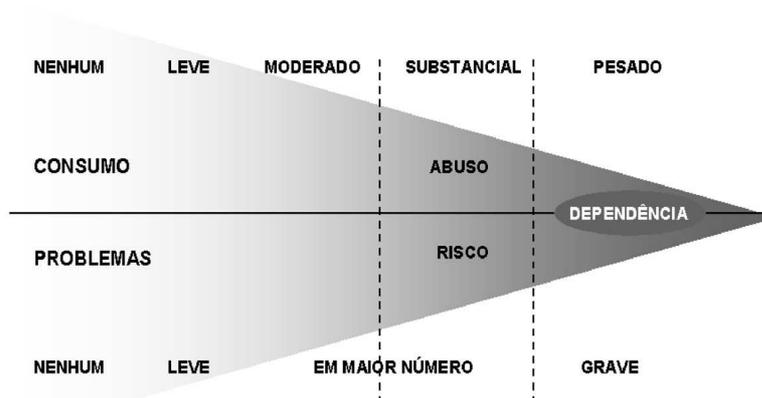


Figura 1. Problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas (Laranjeira, et al. 2003, p. 14)

No conceito de dependência do álcool há duas dimensões distintas: o que é dependência do ponto de vista clínico (a psicopatologia do beber) e quais seriam os problemas decorrentes dessa dependência ou abuso dessas substâncias (Focchi, Leite, Laranjeira & Andrade, 2001).

Não existe um consumo absolutamente isento de riscos, ou seja, qualquer padrão de consumo pode trazer problemas para o indivíduo. Quando o consumo de álcool é feito em baixas doses, comedido e cercado de precauções necessárias à prevenção de acidentes relacionados é denominado *consumo de baixo risco*. Quando o indivíduo bebe eventualmente e apresenta problemas sociais (brigas e faltas no emprego), físicos (acidentes) e psicológicos (heteroagressividade) relacionados estritamente àquele episódio de consumo, diz-se que tais indivíduos fazem *uso nocivo* da substância. Já o consumo compulsivo destinado à evitação de sintomas de abstinência e cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e psicológicos, fala-se em *dependência* (Laranjeira, et al. 2003).

Desse modo, qualquer forma de consumo pode trazer riscos. Ainda assim, quanto mais intenso o uso, maiores as chances de problemas relacionados. A figura 2 facilita o entendimento dessa frequência de problemas relacionados ao consumo de álcool.

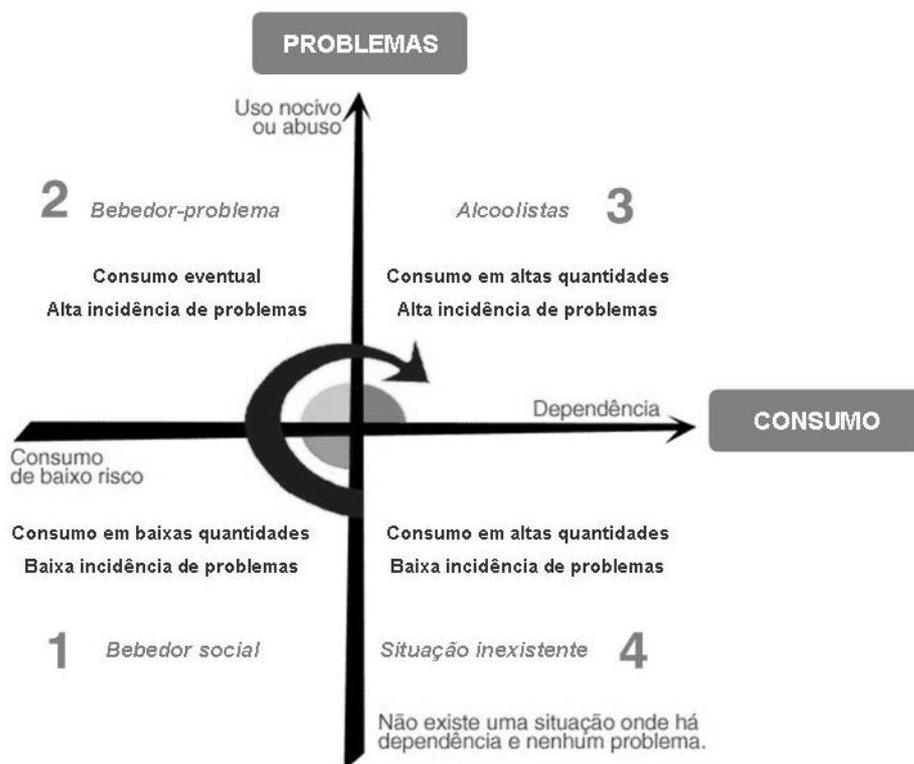


Figura 2. Frequência de problemas relacionados ao consumo de álcool.

A compreensão do alcoolismo segundo esse paradigma biaxial foi proposta por Edwards (1977 e 1984, citado por Bertolote, 1997) em que o eixo horizontal representa a dependência de álcool entendida como um fenômeno gradativo e no eixo vertical, estão representados os diversos problemas associados ao consumo de álcool. É possível observar na figura 2 quatro quadrantes nos quais estariam localizados os indivíduos conforme os diferentes padrões de consumo de álcool relacionados aos danos, prejuízos, complicações e problemas decorrentes desse consumo.

Edwards e Gross (1976, citado por Edwards, et al. 1999) também propõem uma descrição da síndrome de dependência de álcool baseada em sete sinais e sintomas, apresentados a seguir:

1. *Estreitamento do repertório*: a princípio, o indivíduo bebe com flexibilidade de horários, de quantidade e até de tipo de bebida; com o tempo, passa a beber com mais frequência, até

consumir todos os dias, em quantidades crescentes, ampliando a frequência e deixando de importar-se com a inadequação das situações. Na dependência avançada, o indivíduo consome de modo compulsivo e incontrolável para aliviar os sintomas da abstinência, sem importar-se com os danos orgânicos, sociais ou psicológicos. Sua relação com a bebida torna-se rígida e inflexível. Os padrões tendem a ser tornar mais fixos à medida que a dependência aumenta.

2. *Saliência do comportamento de busca do álcool*: o estreitamento do padrão de beber leva o indivíduo a priorizar o ato de beber, mesmo em situações socialmente inaceitáveis (por exemplo, dirigindo veículos, no trabalho). Em outras palavras, a gratificação da necessidade de beber torna-se prioritária na vida do usuário, acima de qualquer outro valor, saúde, família e trabalho.

3. *Aumento da tolerância ao álcool*: já que o álcool é uma droga em relação à qual o sistema nervoso central desenvolve tolerância, com a evolução da síndrome, há necessidade de doses crescentes de álcool para obter o mesmo efeito conseguido com doses menores. Clinicamente também se manifesta pela capacidade de realizar atividades com uma alcoolemia que incapacitaria um bebedor não-tolerante.

4. *Sintomas repetidos de abstinência*: quando há diminuição ou interrupção do consumo de álcool, surgem sinais e sintomas de intensidade variável. Inicialmente são leves e intermitentes e causam pouca incapacidade, mas à medida que a dependência aumenta podem manifestar-se sintomas mais significativos, como tremor intenso e alucinações.

A Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) é, portanto, um conjunto de sintomas e sinais como agitação, ansiedade, alterações de humor (irritabilidade, disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, entre outros, apresentada quando as pessoas que bebem de forma excessiva diminuem o consumo ou se abstêm completamente.

Ocorrem complicações como: alucinações, o *Delirium Tremens* e convulsões (Laranjeira, Nicastri, Jerônimo, et al., 2000).

5. *Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão da bebida*: o consumo de substâncias psicoativas ocorre com o objetivo de aliviar os sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente, a fim de evitá-los.

6. *Percepção subjetiva da necessidade de beber*: há uma pressão psicológica para beber e aliviar os sintomas da abstinência em que o indivíduo tem um sentimento de um desejo incontrolável de consumir uma substância e imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.

7. *Reinstalação da síndrome após abstinência*: mesmo depois de períodos longos de abstinência, se o paciente tiver uma recaída, rapidamente reinstala a experiência subjetiva de compulsão e ele retorna ao antigo e estereotipado padrão de ingestão e dependência.

Os sistemas diagnósticos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão (CID-10), elaborado pela OMS (1993) e do DSM-IV (APA, 1994) servem para padronizar as observações clínicas e a prática diagnóstica, nacional e internacionalmente.

Os dois sistemas (CID-10 e DSM-IV) diferem na terminologia. A CID-10 classifica os usuários em *uso nocivo* ou *dependência*, enquanto que o DSM-IV classifica em *abuso* ou *dependência*.

Os critérios da CID-10 (OMS, 1993) para *uso nocivo* de substâncias psicoativas estão descritos a seguir.

- (a) O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.

(b) Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão associados a conseqüências sociais diversas de vários tipos. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não seja aprovado por outra pessoa, pela cultura ou possa ter levado a conseqüências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.

(c) A intoxicação aguda (F10.0) ou a “ressaca” não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar uso nocivo.

(d) O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência (F10.2), um transtorno psicótico (F10.5) ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool está presente.

Com relação ao diagnóstico da síndrome de *dependência*, a CID-10 (OMS, 1993) propõe que um diagnóstico definitivo de dependência normalmente só deve ser feito se três ou mais dos seguintes sintomas foram experienciados ou apresentados em algum momento durante o ano anterior:

(a) Um forte desejo ou sentimento de compulsão para ingerir a substância;

(b) Dificuldade de controlar o comportamento de ingestão da substância em termos de seu início, término ou níveis de uso;

(c) Um estado de abstinência fisiológica ... quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, conforme evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância; ou o uso da mesma substância (ou de uma substância estreitamente relacionada), com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;

(d) Evidência de tolerância, tal como serem necessárias doses maiores da substância psicoativa para obter os efeitos originalmente produzidos por doses menores;

(e) Negligência progressiva de prazeres ou interesses alternativos em razão do uso de substância psicoativa, uma quantidade de tempo maior, necessária para obter ou ingerir a substância ou recuperar-se de seus efeitos;

(f) Persistir no uso da substância apesar de claras evidências de conseqüências abertamente nocivas, tais como danos para o fígado por ingestão excessiva de álcool, estados de humor depressivos, em conseqüência de uso pesado de substância, ou prejuízo do funcionamento cognitivo, relacionado à droga; devem ser feitos esforços para determinar se o usuário realmente estava consciente ou poderíamos esperar que estivesse da natureza e extensão dos danos.

Após listados os critérios da CID-10, seguem os critérios do DSM-IV (APA, 1994) para *abuso* de substâncias:

(1) consumo contínuo, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou aumentados pelos efeitos da substância,

(2) uso recorrente em situações nas quais isto representa um perigo físico;

(3) uso recorrente que resulta em negligência de obrigações no trabalho, escola ou em casa;

(4) problemas recorrentes relacionados a questões legais

Por fim, os critérios do DSM-IV (APA, 1994) para *dependência* de substâncias são: um padrão desadaptativo de uso de substâncias, levando a prejuízos ou perturbações clinicamente significativos, conforme manifestados por três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo em qualquer momento do mesmo período de 12 meses:

(1) tolerância, conforme definida por qualquer um dos seguintes: (a) uma necessidade de quantidades nitidamente maiores da substância para obter intoxicação ou o efeito desejado; (b) efeito nitidamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de substância;

- (2) abstinência, conforme manifestada por qualquer um dos seguintes: (a) a síndrome de abstinência característica para a substância; (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é ingerida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;
- (3) a substância frequentemente é ingerida em quantidades maiores ou durante um período mais longo do que o pretendido;
- (4) existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos de diminuir ou controlar o uso da substância;
- (5) uma grande quantidade de tempo é gasta em atividades necessárias para obter a substância;
- (6) atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais importantes são abandonadas ou reduzidas por causa do uso da substância;
- (7) o uso da substância é continuado, apesar do conhecimento de que se tem um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância (por exemplo, uso corrente de cocaína apesar do reconhecimento de depressão induzida pela cocaína, ou ingestão continuada de álcool apesar do reconhecimento de que uma úlcera piorou pelo consumo de álcool).

Comparando-se os critérios dos dois sistemas quanto ao diagnóstico da dependência, os itens abordados são praticamente iguais, o que muda é a redação do item e a principal diferença entre eles é que a CID-10 não resalta o envolvimento ou o tempo gasto pelo usuário com a substância no sentido de viver em função dela, e o DSM-IV não possui um item específico para compulsão (SUPERA, 2006).

Após identificar a presença destes critérios diagnósticos no padrão de consumo do indivíduo, o segundo passo é avaliar o grau de dependência, fundamental para individualizar o diagnóstico, coletar subsídios para o planejamento terapêutico e estabelecer os objetivos do

tratamento (Edwards, et al. 1999). Esses autores acrescentam que a compreensão de que o álcool tem um potencial de dependência deveria tornar-se parte da consciência social comum, como também o entendimento que os problemas decorrentes do álcool estão presentes muitas vezes sem a instalação da dependência.

2.7 Modelos teóricos da dependência

Diversos modelos referentes ao entendimento das dimensões do problema do consumo de álcool e drogas foram propostos ao longo do tempo e cada enfoque se concentra exclusivamente em um subconjunto ou aspecto dos fenômenos gerais (Pillon & Luis, 2004).

2.7.1 Modelo moral

Pela concepção moral cristã, alguém com alcoolismo é alguém a quem falta caráter moral ou força de vontade, sendo incapaz de resistir à tentação para ceder ao álcool. Há o rótulo imposto pela sociedade de “bêbado” como uma pessoa com uma falha moral ou ato pecaminoso, como visto por alguns cristãos (Marlatt & Gordon, 1993).

2.7.2 Modelo da doença

Segundo Marlatt e Gordon (1993), nesta abordagem, a adicção é baseada em uma dependência física com foco nos fatores fisiológicos predisponentes que se presumem ser geneticamente transmitidos. O modelo da doença presume também que o alcoolista é incapaz de exercer controle sobre o comportamento de beber em razão da influência de fatores

psicológicos internos e subjacentes. Esse diagnóstico encoraja muitos indivíduos a procurarem ajuda ao tentar remover os estigmas morais associados ao problema de beber.

Este modelo pode ser efetivo, na medida em que convence o alcoolista de que ele está doente, sofrendo de um problema médico reconhecido, e não mais é capaz de beber sem perder o controle. Porém a principal qualidade do modelo de doença que absolve o dependente de responsabilidade pessoal para o comportamento-problema é uma de suas maiores fraquezas, visto que se os alcoolistas começam a ver seu comportamento de ingestão alcoólica como resultado de uma doença ou adicção fisiológica, podem tornar-se mais propensos a assumir o papel passivo de vítima, quando se engajam no comportamento de ingestão alcoólica, se vêem isso como um sintoma de sua doença (Marlatt & Gordon, 1993).

Fisher e Farina (1979, citado por Marlatt & Gordon, 1993) em suas pesquisas mostraram que indivíduos que recebem uma explicação genética ou constitucional para a etiologia de um transtorno sentem que podem fazer menos, pessoalmente, para o enfrentamento de seu problema e estão mais propensos a usar álcool e/outras drogas para o alívio do sofrimento emocional do que os indivíduos que recebem explicação etiológica de aprendizado social.

2.7.3 Modelo de comportamento dependente

Neste modelo, os comportamentos dependentes são postos como hábitos hiperaprendidos e mal-adaptativos, podendo ser analisados e modificados do mesmo modo que outros hábitos, baseando em uma perspectiva de aprendizagem social (Marlatt & Gordon, 1993). Os pesquisadores desse modelo estão particularmente interessados no estudo dos determinantes dos hábitos aditivos, incluindo antecedentes situacionais e ambientais, crenças e expectativas, história familiar individual e experiências de aprendizados anteriores com a

droga, além de descobrir conseqüências desses comportamentos, visando entender os efeitos reforçadores (que podem aumentar o uso) e as conseqüências negativas (que podem inibir o uso). O uso de drogas também seria determinado, ainda segundo os autores, por expectativas e crenças adquiridas sobre as drogas como uma fórmula para lidar com o estresse e a ansiedade, e por fatores de aprendizado social e aprendizado por observação (uso na família, entre amigos, exposição do uso de drogas em anúncios e meios de comunicação).

Oliveira (2000) apresenta uma vasta revisão com mais dez modelos, além dos três já citados. Alguns deles foram sintetizados no quadro a seguir (Figura 3).

MODELO	PRINCÍPIOS BÁSICOS
Espiritual	A causa do alcoolismo é, basicamente, uma falha espiritual.
Educacional	Os problemas com o álcool envolvem falta de informação e conhecimento.
Caracterológico	O abuso do álcool representa uma fixação precoce do desenvolvimento normal da personalidade, envolvendo uma série de conflitos não resolvidos. Os alcoolistas são pessoas com um tipo de problema de personalidade particular.
Condicionamento	Se a conduta de beber tem recompensas, há um provável aumento da freqüência do comportamento.
Aprendizagem Social	O uso de álcool seria uma estratégia de enfrentamento para lidar com situações, problemas e alterar o estado psicológico, já que as pessoas têm determinados comportamentos porque acreditam que eles produzirão certos resultados.
Cognitivo-comportamental	Expectativas positivas apóiam que drogas trazem benefícios, podendo aumentar a freqüência e o uso pesado. Os usuários de álcool tendem a ignorar, reduzir e negar os problemas que derivam de seu consumo e atribuem estes problemas a outros fatores distintos do álcool.
Biológico	Os marcadores biológicos (fatores de risco hereditário, fisiologia do cérebro e anormalidades do metabolismo anormal do álcool) predispõem alguns indivíduos ao alcoolismo.
Sócio-cultural	A disponibilidade de bebidas alcoólicas, custo, fácil acesso, permissividade legal, nível de estresse social, atitudes sobre o álcool e a importância da bebida para a sociedade influenciam o nível de consumo de álcool e os problemas dele decorrentes.

Figura 3. Breve explicação de alguns modelos explicativos da dependência.

Pillon e Luis (2004) salientam que os modelos são tentativas teóricas para explicar um fenômeno complexo e multifacetado que é o uso de álcool e drogas, sendo a assistência ao

usuário uma prática complexa e, por isso, freqüentemente, o profissional de saúde pode avaliar seu paciente sob o olhar de mais de um modelo ao mesmo tempo.

Oliveira (2000) aponta que os vários modelos buscam explicações de como entender as causas do desenvolvimento do alcoolismo e, a partir dos mesmos podem ser desenvolvidas diversas formas de tratamento.

2.8 Modelos de tratamento da dependência de álcool

Nas diferentes abordagens de tratamento o indivíduo poderá desempenhar um papel mais ativo ou mais passivo dentro do processo de mudança do seu padrão de consumo de álcool ou do comportamento de beber.

Algumas intervenções mais empregadas para o tratamento do alcoolismo são apresentadas a seguir.

2.8.1 Alcoólicos Anônimos (AA)

Os AA foram criados em 1935 nos Estados Unidos por dois alcoolistas que se beneficiaram da troca de experiências, transformando essa constatação numa maneira de ajudar outras pessoas que sofrem do mesmo problema do alcoolismo. O primeiro grupo no Brasil foi fundado no Rio de Janeiro, em 1948 (Gambarini, 1997).

A unidade de trabalho do AA é o grupo, que funciona basicamente com reuniões que têm ajudado um número incontável de pessoas em todo o mundo e sua meta tem como propósito a abstinência de seus membros e ajudar outros alcoolistas a alcançarem a sobriedade (Gambarini, 1997; Edwards, et al. 1999).

Gambarini (1997) explica que a meta de não beber geralmente nas próximas 24 horas é vista pela filosofia do AA como sendo um espaço de tempo suportável, tendo por base que se o indivíduo consegue evitar o primeiro gole, certamente será mais fácil reter todo o processo da perda de controle que a doença alcoolismo lhe impõe.

A ideologia básica do AA é expressa pelos *doze passos* (Alcoólicos Anônimos, 1977, citado por Edwards, et al. 1999) listados a seguir.

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que nossas vidas tinham fugido ao nosso controle.
2. Passamos a acreditar que um Poder maior do que nós mesmos podia nos devolver a sanidade.
3. Tomamos a decisão de entregar a nossa vontade e nossas vidas ao cuidado de Deus, *conforme o concebíamos*.
4. Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos estes defeitos de caráter.
7. Humildemente pedimos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas a essas pessoas sempre que possível, exceto quando isso significaria prejudicá-las ou a outros.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, prontamente o admitíamos.

11. Procuramos, por meio de preces e meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus *conforme O concebíamos*, rogando apenas o conhecimento de sua vontade em relação a nós e o poder de realizar essa vontade.

12. Tendo experienciado um despertar espiritual em resultado desses passos, tentamos levar esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades. (Edwards, et al. 1999, p.240).

2.8.2 Tratamento farmacológico

Melhores modelos biológicos sobre a ação das drogas no cérebro estão contribuindo de forma significativa para um tratamento farmacológico mais efetivo, segundo Focchi et al. (2001). Os autores descrevem as seguintes drogas para o tratamento da dependência de álcool: (a) dissulfiram: a ingestão de álcool junto com esse medicamento provoca reação de desconforto acompanhada de palpitação, náusea e sensação de morte iminente (medicamento aversivo); (b) naltrexone: que interfere na ação química cerebral bloqueando os efeitos de recompensa do álcool, com o intuito de promover o uso controlado de álcool reduzindo o desejo de beber, e diferente do dissulfiram, não altera a absorção ou o metabolismo do álcool nem possui efeitos adversos quando consumido junto a bebida; (c) acamprosato: outro medicamento também usado para reduzir o desejo pelo álcool e diminuir a recaída em pacientes dependentes de álcool.

Edwards, et al. (1999) sugerem que a farmacoterapia deva ser usada em conjunto com tratamentos psicossociais.

2.8.3 Entrevista Motivacional

A partir de trabalhos com bebedores-problema, esta técnica terapêutica foi criada para ajudar o paciente a resolver a ambivalência e tomar a decisão de mudar, com estratégias mais persuasivas que coercitivas, criando uma atmosfera mais positiva que conduza à mudança (Miller & Rollnick, 2001). A meta é aumentar a motivação intrínseca do paciente, deixando-o com responsabilidade de efetuar a própria mudança. A Entrevista Motivacional baseia-se em dois conceitos: a ambivalência e a prontidão para a mudança.

Heather (1992, citado por Oliveira, 2000) contribuiu, afirmando que os transtornos dependentes são essencialmente problemas motivacionais e buscou explicar o porquê dos obesos não realizarem as dietas prescritas, dos pacientes cardíacos não deixarem de fumar e situações similares com diabéticos e hipertensos. As situações em que aparecem os prós e os contras de uma transformação mostram a existência de um conflito motivacional, sendo neste ponto que a ambivalência se instala.

Miller e Rollnick (2001) descrevem a ambivalência como um estado mental no qual uma pessoa tem sentimentos coexistentes, porém conflitantes a respeito da mesma coisa

A ambivalência não seria apenas a relutância à mudança, mas sim a experiência de um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes (Jungerman & Laranjeira, 1999).

O segundo conceito é o de prontidão para a mudança, baseada no modelo de Estágios de Mudança desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1986, citado por Edwards, et al. 1999) que postula que a mudança se faz através de um processo e para tal, a pessoa passa por diferentes estágios motivacionais listados a seguir:

1. *Pré-contemplação*: nesse estágio os indivíduos não estão tentando mudar, nem sequer encaram seu comportamento como um problema.
2. *Contemplação*: os indivíduos reconhecem que têm um problema, mas estão ambivalentes para promover mudanças e não se comprometem a agir.

3. *Determinação*: os indivíduos percebem que têm um problema e que precisa promover mudanças.
4. *Ação*: o indivíduo está pronto para começar a mudança e tenta modificar seu comportamento de beber, freqüentemente precisando de considerável apoio e encorajamento.
5. *Manutenção*: incorporação da mudança na rotina de vida a fim de evitar as recaídas.

Marlatt e Gordon (1993) sugerem que a recaída faz parte do processo de mudança, e que deslizes são normais quando se busca uma mudança de qualquer padrão de longa duração, portanto a recaída deve ser encarada como um estado de transição, que pode ou não ser seguido de uma melhora em que o indivíduo volta a qualquer um dos estágios de prontidão para mudança.

Miller e Rollnick (2001) descreveram seis elementos que seriam os princípios ativos para intervenções breves eficazes: feedback (proporciona ao paciente uma oportunidade de refletir sobre sua situação), responsabilidade (ênfase na responsabilidade pessoal do paciente na mudança), recomendações (conselhos claros para que o paciente possa mudar seu hábito de beber), menu (variedade de estratégias alternativas para a modificação do seu comportamento-problema), empatia (empatia do terapeuta é um forte determinante da motivação e da mudança do paciente) e auto-eficácia (reforçar a crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar ou ter êxito em uma tarefa específica).

Algumas pesquisas mostram que essas abordagens são efetivas. Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo e Schneider (2003) concluíram em seu estudo com 120 alcoolistas, do sexo masculino e com nível de dependência entre moderado e grave, que a aplicação de escalas, como a *University of Rhode Island Change Assessment – URICA* (para avaliar a prontidão à mudança de clientes dependentes químicos) e a *Short Alcohol Dependence Data – SADD* (para verificar a gravidade da dependência) pode ser um importante adjuvante no processo de

avaliação, feedback e posterior delineamento das estratégias a serem utilizadas no decorrer do tratamento.

Uma das conclusões do artigo de revisão de Jungerman e Laranjeira (1999) foi a indicação da Entrevista Motivacional para atender em vários *settings* (ambulatoriais e hospitalares) por tratar-se de uma técnica breve e diretiva, com vantagens relacionadas ao custo/benefício, podendo vir a suprir uma das necessidades básicas da situação do serviço público que é o excesso de demanda para uma falta de técnicos.

Em um estudo pioneiro dirigido a população de adolescentes, Micheli, Fisberg e Formigoni (2004) buscaram avaliar a efetividade da utilização de dois tipos de abordagem de intervenção breve: uma orientação preventiva, dirigida a adolescentes não usuários ou usuários ocasionais de substâncias lícitas, e uma sessão de intervenção breve voltada para adolescentes usuários de substâncias no último mês, realizadas em um serviço de atenção primária à saúde. Os pesquisadores encontraram resultados que indicam a efetividade de uma sessão de intervenção breve em reduzir a prevalência e a intensidade de comportamentos de risco associados ao uso de drogas em adolescentes.

2.8.4 Prevenção da Recaída

Edwards, et al. (1999) explicam que o termo prevenção de recaída refere-se a uma ampla variedade de técnicas, quase todas cognitivas ou comportamentais.

O modelo teórico de recaída, proposto por Marlatt e Gordon em 1985, incorporou, segundo Knapp (1997), vários elementos da teoria do aprendizado social de Bandura (1977), que postula que a ocorrência de um comportamento em geral é determinada por três variáveis: (a) as expectativas gerais e específicas que um indivíduo tem sobre o resultado de um comportamento; (b) o valor que tal resultado ou comportamento irá trazer; (c) a situação

psicológica em que o comportamento ocorre. O autor acrescenta que o nível de percepção de sua habilidade de enfrentamento e controle da situação determinará a realização ou não do comportamento.

A figura 4 ilustra o modelo do processo de recaída de Marlatt e Gordon (1993). Os autores explicam que o indivíduo experiencia um senso de controle percebido (auto-eficácia), enquanto mantém a abstinência. O comportamento está sob controle desde que não ocorra, durante este período, uma situação de alto risco, definida como qualquer situação que represente uma ameaça ao senso de controle do indivíduo e aumente o risco de recaída potencial. As situações de alto risco podem se referir aos estados físico-fisiológicos, estados emocionais (por exemplo, frustração, raiva, ansiedade, depressão, tédio), conflitos interpessoais (conflito em andamento ou relativamente recente associado, por exemplo, ao casamento, amizade, relações empregador-empregado, como também discussões e confrontações interpessoais) e pressão social (situações em que o indivíduo está respondendo à influência de outra pessoa ou grupo exercendo pressão direta ou indireta para que ele se engaje no comportamento de beber).

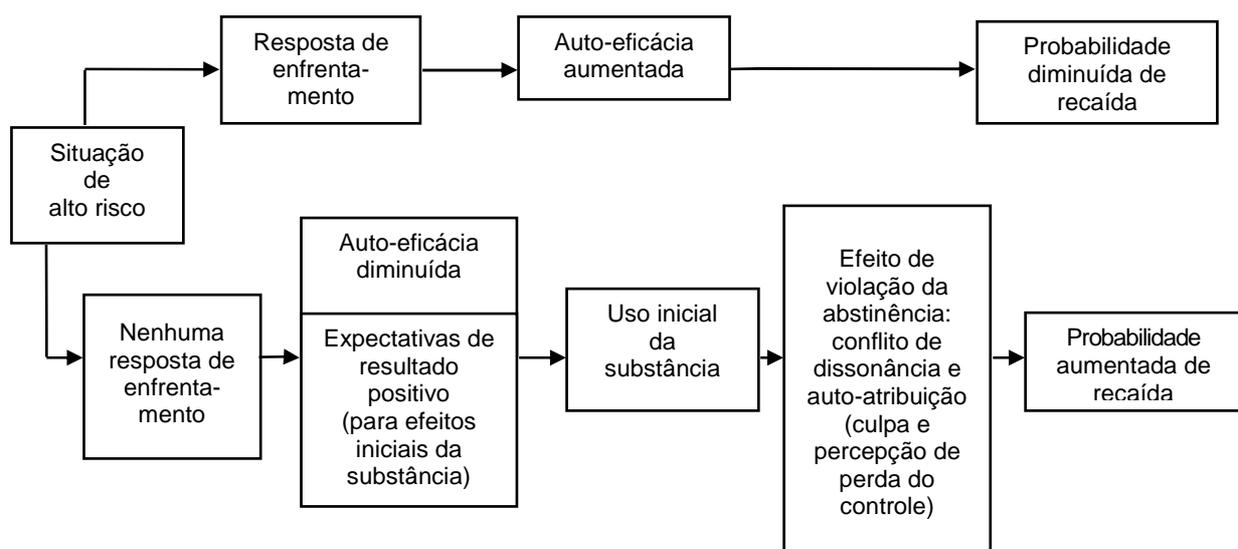


Figura 4. Modelo Cognitivo-comportamental do processo de recaída (Marlatt & Gordon, 1993, p. 35).

A prevenção de recaída tem como objetivo auxiliar o indivíduo a modificar crenças e expectativas acerca do uso de álcool, identificar e antecipar as situações de risco para a recaída, aprender habilidades e estratégias de enfrentamento e manejo das situações de risco e promover amplas modificações no estilo de vida (Knapp, 1997).

Essa proposta de Marlatt e Gordon (1993) contrapõe-se aos modelos de doença, pois salienta que o indivíduo é capaz de exercer controle e assumir responsabilidade pelo seu processo de mudança do comportamento de beber. Esse modelo, portanto, endossa um posicionamento ativo do paciente no processo de mudanças de hábitos em contraste com a posição mais passiva, de impotência pessoal do modelo da doença.

2.9 Instrumentos e escalas de avaliação relacionados à dependência de álcool

O *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA, 2003) publicou a segunda edição de um guia, destinado a clínicos e pesquisadores, que, ao discutir os aspectos críticos envolvidos na avaliação sistemática ou planejamento de tratamentos dos problemas relacionados ao álcool, permite que instrumentos mais adequados aos diferentes objetivos clínicos ou de pesquisa sejam selecionados. Além da revisão e discussão do estado atual do campo de pesquisa e prática clínica, são listados mais de setenta instrumentos com breve descrição da população-alvo, forma de aplicação e correção, validade e confiabilidade, utilidade clínica, aplicabilidade em pesquisas e referências para consulta da fonte e estudos relacionados.

Uma avaliação adequada e abrangente dos instrumentos é fundamental tanto para o desenvolvimento de um tratamento apropriado, como na pesquisa de problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e da efetividade das intervenções (Formigoni & Castel, 1999).

Várias são as características a serem consideradas na escolha dos instrumentos para avaliação. Em sua revisão, Formigoni e Castel (1999) destacam os seguintes critérios: objetivo (pesquisa ou clínico), utilidade clínica, período de tempo a que se pretende avaliar, público-alvo, existência de padrões (normas), tipo de administração (aplicação), disponibilidade de recursos humanos, nível de treinamento necessário, disponibilidade de escores computadorizados e custo financeiro (referente às taxas de utilização, se a escala não for de domínio público). Eles enfatizam que se deve evitar a utilização de instrumentos elaborados com uma determinada finalidade em outros tipos de avaliação e a adequação do instrumento à população avaliada e a existência de medidas de validade e confiabilidade também devem ser consideradas.

Em relação aos objetivos, esses mesmos pesquisadores organizaram as escalas em oito categorias descritas no quadro a seguir (Figura 5).

Finalidade do instrumento	Breve descrição	Alguns exemplos
Triagem	Destinados à identificação de indivíduos que provavelmente apresentam problemas relacionados ao uso/abuso de álcool ou outras drogas.	AUDIT, CAGE, DUSI
Diagnóstico	Permitem um diagnóstico formal ou quantificação dos sintomas, de acordo com os principais sistemas diagnósticos: DSM-IV e a CID-10	ADS, SADD
Avaliação do consumo	Usados para caracterizar e/ou medir a quantidade, frequência, intensidade e padrão do consumo.	QFV, ADS, SADD
Avaliação dos comportamentos associados ao consumo	Destinados à análise das situações de uso ou risco, outros para análise da auto-eficácia ou da capacidade de enfrentamento.	IDS, IDTS, SCQ
Avaliação do comprometimento de outras áreas	Destinados a avaliar especificamente áreas como o estado empregatício, financeiro, moradia, problemas legais, bem-estar psicológico, capacidade cognitiva, relacionamento familiar e social, história familiar de dependência de substâncias psicoativas, etc.	ASI, SADD, ADS, SCL-90
Planejamento do tratamento	Auxiliam no plano de tratamento com foco nos aspectos relacionados ao uso de substâncias e outros problemas. Incluem-se escalas para avaliar a prontidão ou disponibilidade para mudança, as expectativas dos efeitos das drogas, a auto-eficácia, a perda de controle, a história familiar de dependência de álcool e outras drogas e as condições sociais.	ASI, T-ASI, FTQ, IDS
Análise do processo de tratamento	Auxiliam no entendimento do processo de tratamento, incluindo a sua estrutura, as metas iniciais e intermediárias, etc.	TSR
Avaliação de resultados	Destinados a avaliar os resultados finais do tratamento, com foco na detecção de mudanças.	DrlnC, ESA

Figura 5. Classificação dos instrumentos quanto à finalidade.

Porém, Formigoni e Castel (1999) atentam para o fato de que muitos dos instrumentos apresentados em sua revisão ainda não foram traduzidos para o português e validados no Brasil já que a validação em nosso meio é um procedimento complexo.

Assim, escalas padronizadas para rastreamento do consumo são geralmente bem sensíveis e eficientes para identificação do uso nocivo e dependência, no próximo tópico será discutido com maior detalhe um dos instrumentos desenvolvidos pela OMS (Babor, La Fuente, Saunders & Grant, 1992), o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*).

2.9.1 AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)

Mendez (1999) aponta que os instrumentos de rastreamento usados nos principais estudos conduzidos no Brasil e no mundo, como o CAGE, não são úteis e sensíveis o suficiente na detecção de casos onde a dependência de álcool ainda não está instalada; por isso, a OMS desenvolveu o AUDIT (Babor, et al., 1992) em um projeto colaborativo entre seis países de diferentes culturas (Austrália, Bulgária, Quênia, México, Estados Unidos e Noruega) no qual os dez itens do instrumento foram selecionados entre 150 perguntas aplicadas a 1888 pessoas atendidas em atenção primária. Os testes estatísticos foram conduzidos buscando a representatividade das propriedades conceituais de consumo de álcool, dependência, reações psicológicas adversas e problemas relacionados com o álcool.

A principal diferença entre o AUDIT e os demais instrumentos de rastreamento, portanto, é a detecção dos bebedores-problema e de casos onde a dependência de álcool ainda não está instalada.

O AUDIT é uma escala composta por 10 questões, com cinco itens de resposta que assumem os valores de zero a quatro, com escores totais variando entre zero e 40. As questões

referem-se aos últimos 12 meses, sendo que as três primeiras medem a quantidade e frequência do uso regular ou ocasional de álcool, as três questões seguintes investigam sintomas de dependência e as quatro finais são a respeito de problemas recentes na vida relacionados ao consumo do álcool. O escore total é obtido pela soma dos valores atribuídos a cada questão e pode ser classificado da seguinte maneira: consumo de baixo risco ou abstinência = 0 a 7 pontos, consumo de risco = 8 a 15 pontos, uso nocivo ou consumo de alto risco = 16 a 19 pontos, provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos) (Babor, et al., 1992). Também se considera o resultado positivo do AUDIT (bebedores-problema) a partir do escore 8 (Babor, et al., 1992; Mendez, 1999).

A versão em português do AUDIT foi validada por Mendez (1999) em seu estudo que levou em consideração as características socioculturais brasileiras e significado semântico das questões realizando quatro etapas (tradução com adaptações, estudo das quantidades de álcool contidas nas doses típicas locais, retradução, estudo piloto) antes de testar a versão final com pessoas atendidas em uma unidade de atenção primária. Foi aplicado o AUDIT a 486 pessoas (66,3% dos 733 entrevistados) que haviam consumido bebidas alcoólicas no último ano e uma sub-amostra de 272 pessoas foi avaliada através da operacionalização dos critérios diagnósticos da CID-10. Os principais resultados do estudo foram: 87,8% das pessoas diagnosticadas com uso nocivo de álcool tiveram um escore no AUDIT de 10 ou mais; 80,3% das pessoas sem esse transtorno tiveram um escore menor que 10; sensibilidade do teste foi de 91,8% e a especificidade foi de 62,3% para o ponto de corte “8”.

A especificidade de um teste é um guia para extensão em que um resultado positivo indica a condição em questão, enquanto que a sensibilidade de um teste indica a extensão em que ele detecta confiavelmente todos os casos de um transtorno (Edwards, Marshall & Cook, 1999). Formigoni e Castel (1999) discutem que nos instrumentos de rastreamento, uma ênfase

maior é dada àqueles com maior sensibilidade, enquanto que nos instrumentos de diagnóstico uma grande especificidade é fundamental.

Assim, escalas padronizadas para rastreamento do consumo são geralmente bem sensíveis e eficientes para identificação do uso nocivo ou abusivo e dependência.

3 MODELOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À SAÚDE

Cada vez mais se reconhece que as pessoas podem fazer grandes contribuições para sua própria saúde e bem-estar por meio de adoções de comportamentos saudáveis e a evitação de comportamentos que comprometem a saúde, por exemplo, o consumo de álcool e tabaco (Conner & Norman, 1996).

O Modelo de Crenças em Saúde, as teorias da aprendizagem social, auto-eficácia e locus de controle têm sido empregados com sucesso em questões sobre explicação, predição e influência em comportamentos (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988). Outros modelos já foram citados dentro do item 2.7 deste trabalho, que trata dos modelos teóricos e explicativos da dependência química.

Wallston e Wallston (1981, citado por Dela Coleta, 2004) afirmam que o locus de controle relacionado à saúde é potencialmente uma variável independente capaz de prever comportamentos de saúde combinada ou não com outras variáveis, tais como o valor da saúde ou as variáveis propostas pelo Modelo de Crenças em Saúde.

3.1 Modelo de Crenças em Saúde

O Modelo de Crenças em Saúde parte do pressuposto de que, para o indivíduo emitir comportamentos preventivos em relação a uma dada doença, necessita acreditar que ele é pessoalmente suscetível àquela doença e que a sua ocorrência deverá ter, pelo menos, moderada seriedade em algum componente de sua vida. Além disso, para realizar ações preventivas ou modificar comportamentos, o indivíduo necessita acreditar nos benefícios de tais mudanças e perceber poucas barreiras psicológicas importantes capazes de impedi-lo de tomar ações relacionadas à prevenção de doenças (Prado, Mamede, Almeida & Clapis, 2004).

Segundo Dela Coleta (2004), o Modelo de Crenças em Saúde foi desenvolvido no início dos anos 50 por psicólogos sociais norte-americanos, na tentativa de explicar porque as pessoas não se preveniam corretamente contra certas doenças ou programas de *screening*, para detecção precoce da doença assintomática. Inicialmente foi desenvolvido por Hochbaum, et al., e publicado por Rosenstock em 1966, para explicar comportamentos preventivos e depois foi aplicado a comportamentos relacionados com a manutenção da saúde em geral.

Rosenstock (1974, citado por Dela Coleta, 2004) em sua revisão do modelo, fez uma análise crítica do mesmo quanto ao componente motivacional. Para ele, a motivação é condição necessária para a ação e os motivos agem seletivamente na determinação das percepções do ambiente pelo indivíduo.

Assim, o Modelo de Crenças em Saúde é composto por quatro dimensões, desta forma definidas (Rosenstock, 1974, citado por Dela Coleta, 2004):

1. *susceptibilidade percebida*: refere-se percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença;
2. *severidade percebida*: a gravidade ou seriedade da doença pode ser avaliada tanto pelo grau de perturbação emocional criada ao pensar na doença quanto pelos tipos de conseqüências que a doença pode acarretar (dor, morte, gasto material, interrupção de atividades, perturbações nas relações familiares ou sociais, etc,...);
3. *benefícios percebidos*: referem-se à crença na efetividade da ação e à percepção de suas conseqüências positivas;
4. *barreiras percebidas*: os aspectos negativos da ação são avaliados em uma análise custo-benefício, considerando possíveis custos de tempo, dinheiro, aborrecimentos, etc, (Dela Coleta, 2004, p.29).

Segundo Dela Coleta (2004), os níveis de susceptibilidade e de severidade percebidos na doença resultam na ação em potencial, a percepção dos benefícios menos as barreiras

percebidas nas alternativas comportamentais resultam no tipo de ação escolhida pelo indivíduo.

O Modelo de Crenças em Saúde foi apontado, após exaustiva revisão, como “o principal modelo para explicar e prever a aceitação de recomendações sobre cuidados com a saúde” (Janz & Becker, 1984, citado por Dela Coleta, 2004).

Segundo Dela Coleta (2004), Rosenstock em 1974 fez uma revisão do Modelo de Crenças em Saúde aplicado a comportamentos preventivos, citando as definições de Kasl e Cobb (1966) a respeito dos diferentes comportamentos de saúde: comportamento na saúde (qualquer atividade empreendida por uma pessoa que acredita estar saudável, com o propósito de prevenir ou de detectá-las em um estágio assintomático), comportamento frente ao sintoma (qualquer atividade empreendida por uma pessoa que se sente doente, com o propósito de definir seu estado de saúde e de descobrir o remédio adequado), e comportamento na doença (atividade empreendida por aqueles que se consideram doentes, com o propósito de curar-se), sendo estas definições importantes para o planejamento de pesquisas e intervenções.

3.1.2 Pesquisas sobre as crenças em saúde

O Modelo de Crenças em Saúde tem sido utilizado para o estudo de comportamentos de saúde, sendo aplicado a diversas doenças e disfunções (Dela Coleta, 2004): prevenção e controle do câncer feminino, comportamento sexual e AIDS, controle da diabetes, tabagismo, doenças coronarianas, hipertensão, adesão ao tratamento ou a comportamentos de saúde como fazer dietas e exercícios.

Em sua pesquisa com sujeitos saudáveis, hipertensos e enfartados, Dela Coleta (1995) encontrou que as variáveis mais importantes para explicar o consumo de álcool na amostra total foram: barreiras percebidas em evitar bebidas alcoólicas, locus de controle

externalidade-acaso para a saúde, presença ou não de comorbidade (hipertensão e/ou enfarte anterior), índice de massa corporal (IMC), grau de escolaridade. Quando se analisou separadamente o grupo dos saudáveis, apenas as barreiras em evitar o consumo de álcool se relacionaram positivamente ao uso de bebidas alcoólicas.

Claudino e Dela Coleta (1997) realizaram um estudo com 100 sujeitos do sexo masculino, com problemas cardíacos, pacientes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e de hospitais da rede pública, consultórios e clínicas particulares de cardiologia das cidades de Uberlândia e Ituiutaba. Dentre os resultados encontrados estavam os seguintes benefícios percebidos em evitar bebidas alcoólicas: o álcool faz mal à saúde; os idosos devem evitar; o álcool aumenta a pressão arterial; é mais prejudicial ou tanto quanto o tabaco; provoca cirrose no fígado; é um vício desnecessário e os médicos recomendam evitar. A barreira percebida em evitar o consumo de álcool pelos participantes desse estudo era que beber com moderação não fazia mal à saúde.

O levantamento de crenças foi objeto de estudo de Prado, et al. (2004) que pesquisaram a percepção sobre benefícios e barreiras à realização de atividade física pós-mastectomia em 30 mulheres em reabilitação. Concluíram que falta de força de vontade era a barreira mais mencionada pelo grupo e; o conhecimento sobre a importância, a necessidade dos exercícios físicos com a presença de um profissional e o suporte dos familiares foram os incentivos mais referidos pelas mulheres estudadas.

Pacientes hipertensos compuseram a amostra de Carrijo, Dela Coleta, Fonseca e Falco (2006) que levantaram os principais benefícios percebidos em evitar bebidas alcoólicas. São eles: faz bem para a pressão arterial, para o corpo e a saúde em geral; a bebida afeta a moral e a responsabilidade; a bebida pode causar enfarte e acidente vascular cerebral; a bebida representa um azar na vida da pessoa; a bebida atrapalha o efeito dos medicamentos; a bebida

deixa a pessoa mais agressiva. A principal barreira em evitar o consumo de bebidas alcoólicas encontrada no estudo foi que o álcool dá prazer.

Em outras pesquisas, as crenças relacionadas ao consumo de álcool e o beber problemático também têm sido investigadas, mas não com a base teórica do Modelo de Crenças em Saúde.

A partir de um levantamento com 3.168 indivíduos realizado nos Estados Unidos intitulado Pesquisa Nacional sobre o Álcool (*National Alcohol Survey*) que buscou explorar os hábitos de consumo de álcool e seus problemas, Leigh e Stacy (2004) realizaram um estudo sobre as possíveis correlações existentes entre as expectativas dos indivíduos em relação às conseqüências do álcool e o seu consumo nas diversas faixas etárias, utilizando um questionário com 27 itens que descreviam tanto os possíveis efeitos positivos quanto os negativos do consumo de álcool. Eles encontraram que, em todas as faixas etárias, as expectativas positivas em relação às conseqüências do consumo de álcool estavam correlacionadas positivamente com o uso de álcool e as expectativas negativas em relação às conseqüências do consumo de álcool estavam relacionadas negativamente com o consumo de álcool.

As expectativas e o beber problemático entre 165 universitários foram objeto de estudo de Peuker, Fogaça e Bizarro (2006). As pesquisadoras utilizaram o AUDIT e o Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool e constataram que 44% dos participantes eram consumidores de risco e que 48% possuíam expectativas positivas altas (facilitação das interações sociais, diminuição e/ou fuga de emoções negativas, ativação e prazer sexual, efeitos positivos na atividade e humor e na avaliação de si mesmo) e também que houve correlação positiva entre beber problemático e estas crenças positivas acerca dos efeitos do álcool.

No trabalho de Scali e Ronzani (2007) com 50 alcoolistas e 50 não-alcoolistas utilizando o Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool, buscou-se avaliar as crenças sobre o álcool e confirmou-se a hipótese inicial de que quanto maior a expectativa e quanto mais positivas as crenças sobre o álcool, maior foi o consumo de álcool entre os respondentes no grupo de dependentes, ou seja, crenças mais positivas em relação aos efeitos do álcool estavam relacionadas aos alcoolistas. Esses resultados, discutem os autores, corroboraram a teoria da terapia cognitiva do uso de álcool, a qual postula que crenças positivas sobre o álcool estariam influenciando comportamentos mais liberais sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

As pesquisas sobre crenças e comportamentos de saúde devem considerar, como apontado por Dela Coleta (2003), os vários aspectos importantes relacionados à doença e ao comportamento em estudo, às variáveis sócio-demográficas, ao estado de saúde e aos fatores externos. E como são muitos os fatores cognitivos relacionados ao processo decisório em relação à saúde, as variáveis do modelo de crenças em saúde mostram-se como possibilidades para esse entendimento. Por exemplo, a percepção de benefícios decorrentes do comportamento não é o bastante para a realização do comportamento, mas é uma condição para o sujeito aderir de forma voluntária (Dela Coleta, 1995).

3.2 Locus de controle

Locus de controle é um construto introduzido nas pesquisas psicológicas no início dos anos 60. O locus de controle interno refere-se ao sentimento experimentado pela pessoa de que ela seria capaz de determinar a ocorrência dos fenômenos, de que a expectativa de que as causas internas possam ser superiores às causas externas na origem dos fatos, de que os

reforçamentos ocorrem pela ação específica do indivíduo e não pela ação de outras pessoas ou do meio que o cerca (Dela Coleta & Dela Coleta, 2006).

A Teoria de Aprendizagem Social de Rotter ocupa um papel central na formulação e sistematização dos princípios de percepção de controle (Lefcourt, 1976). Segundo Rotter (1966, citado por Dela Coleta & Dela Coleta, 2006) a aprendizagem da relação entre ação e consequência se dá através das experiências de sucesso e de fracasso e das causas atribuídas pelo indivíduo para estes acontecimentos, fazendo com que se adquira uma percepção relativamente estável a respeito da fonte de controle de sua vida. Esta tendência manifesta-se nas expectativas individuais de alcançar resultados desejados no futuro e está relacionada ao comportamento na medida em que estes resultados são percebidos como relevantes para o sujeito e como prováveis de ocorrer.

Daí surgiu o termo Locus de Controle (Dela Coleta & Dela Coleta, 2006) que seria uma percepção relativamente estável (em função do processo de aprendizagem social) sobre a fonte de origem e controle das ocorrências que as pessoas vivenciam; essas tendências individuais envolveriam a percepção de controle das ocorrências como variando desde totalmente dependente de si próprio (locus de controle interno), até totalmente dependente de fatores externos a si, podendo estes ser outras pessoas, entidades, ou mesmo o acaso (locus de controle externo). Portanto, na formulação original de Rotter seria um construto unidimensional em cujos pólos extremos estariam a internalidade e a externalidade.

De acordo com Dela Coleta (1982, 1987, Dela Coleta & Dela Coleta, 2006), a evolução dos estudos sobre o locus de controle sugeriu a discriminação de dois tipos de sujeitos externos: os externos autênticos, que perceberiam a origem do controle como estando relacionado ao destino, azar, acaso, entidades sobrenaturais, sobre as quais não poderiam esperar exercer controle de forma alguma, e os externos defensivos ou externos outros

poderosos, que perceberiam o controle como estando a cargo de outras pessoas, que um dia poderiam ser controladas por eles.

Barros, et al. (1993, citado por Pasquali, Alves & Pereira, 1998) apontam duas razões principais pelas quais este conceito de locus de controle tem merecido substancial atenção na Psicologia Social durante a última década: a primeira é que lida com variáveis sócio-cognitivas importantes da personalidade, como expectativas, controle e reforço e, a segunda, porque integra diferentes correntes psicológicas como o behaviorismo e o cognitivismo.

Rotter (1990, p.489, citado por Pasquali, et al. 1998) afirma que “o extraordinário valor heurístico deste construto” pode ser atribuído a quatro características: clareza da sua definição; cuidadosa integração de um contexto teórico mais amplo; o fato da escala utilizada para avaliar o construto ter sido originada da própria teoria psicológica e a natureza pragmática da investigação original.

O locus de controle foi bastante estudado como um componente que influencia comportamentos de saúde. Inicialmente medido através da escala unidimensional construída por Rotter (1966, citado por Dela Coleta, 1995), foi amplamente pesquisado quanto a sua relação com comportamentos de saúde, com a confirmação desta relação pela grande maioria dos estudos desenvolvidos.

3.2.1 Locus de controle e saúde

Na revisão da literatura sobre o assunto, Dela Coleta (2004) afirma que cada vez mais os pesquisadores buscam criar instrumentos do locus de controle específicos da saúde e outros para estudo de doenças ou comportamentos específicos, já que a relação entre essas variáveis tem sido amplamente pesquisada. A autora cita a pesquisa de Strickland (1978) que procurou abordar diversas áreas, desde a prevenção até a reação a problemas físicos e psicológicos sem

distinguir se o instrumento utilizado nos estudos mede o locus de controle geral ou específico da saúde e apontou os seguintes problemas relacionados aos estudos que envolvem locus e saúde:

Os estudos que não produzem resultados conclusivos não são publicados, induzindo a uma maior certeza sobre o que é confirmado e publicado; o locus de controle é apenas uma variável entre várias capazes de prever comportamentos de saúde; diferentes definições têm sido atribuídas ao locus de controle pelos investigadores; os métodos de tratamento estatístico utilizados são os mais diversos e na maioria são correlacionais, não indicando a direção da causalidade; diferentes instrumentos de medida do locus de controle são usados. (Dela Coleta, 2004, p. 206).

Dela Coleta (2004) conclui que esse construto de forma geral está bem relacionado tanto a comportamentos preventivos e atitudes relacionadas à saúde mais positivas como a consequências positivas para o estado de saúde decorrentes da orientação no locus de controle, na maioria das vezes a internalidade.

3.2.2 Pesquisas sobre locus de controle e consumo de álcool

Donovan e O'Leary (1983) descrevem, dentro da teoria de Rotter (1966), três grupos de variáveis que podem influenciar um dado comportamento: expectativas cognitivas, valores de reforçamento percebidos e o contexto. Eles apontam que as pesquisas iniciais sobre beber e alcoolismo focaram-se no modelo de expectativas derivadas das respostas de Rotter (1966) e ainda discriminam esse do modelo de auto-eficácia de Bandura (1977): as expectativas de eficácia são diferentes das expectativas derivadas das respostas, já que essas últimas representam uma avaliação individual de que um dado comportamento irá levar a certo resultado, enquanto que expectativas de auto-eficácia representam a crença que o indivíduo

pode desempenhar com sucesso o comportamento que é esperado para produzir um dado resultado. Acrescentam que o modelo de Bandura tem sido usado em estudos que investigam, em alcoolistas ou pessoas com problemas com álcool, a influência de crenças pessoais no enfrentamento positivo de situações associadas ao beber.

Com relação aos campos de estudo, podem ser encontradas duas grandes áreas de pesquisa: uma diz respeito às relações entre as avaliações das orientações de controle e consumo de álcool e a outra explora as diferenças de orientações de controle entre bebedores-problema ou alcoolistas e bebedores sociais (Donovan & O'Leary, 1983).

O campo das pesquisas que relacionam locus de controle e consumo, abuso ou dependência de álcool ainda é inconsistente, com alguns resultados contraditórios.

Weissbach, Vogler e Compton (1976) reforçam em seu artigo que os resultados de pesquisas que relacionam o locus de controle com abuso de álcool são incongruentes. Além da revisão, os pesquisadores aplicaram a escala I-E de Rotter em 60 homens com problemas relacionados ao uso de álcool. Os escores da escala não correlacionaram significativamente com as medidas de uso álcool pré-tratamento ou com a redução no consumo de álcool, mas sim com a idade. Concluíram, portanto, que o locus não estaria relacionado com o abuso de álcool.

Pryer e Distefano (1977) também utilizaram a escala I-E de Rotter em 162 homens alcoolistas e seus resultados sugerem que correlações entre locus de controle e os índices de ajustamento existem entre alcoolistas tanto quanto entre amostras normais previamente estudadas. Também não foram encontradas correlações significativas no experimento de Bowen e Twemlow (1978) com alcoolistas, para determinar se o locus de controle estava associado com abandono prematuro do tratamento.

Segundo os dados de Tanck e Robbins (1979), os indivíduos com locus de controle externo são mais dispostos a consumir álcool. Eles investigaram como os comportamentos de

enfrentamento de pressões acadêmicas podem ser relacionados ao locus de controle e assertividade em 133 universitários, e a escala I-E de Rotter mostrou os internos mais propensos a meditar; os externos têm maior probabilidade de procurar ajuda profissional, fantasiar ou fazer uso de álcool.

Donovan e O'Leary (1983) citam alguns estudos cujos resultados são bastante contraditórios, porém oferecem algumas conclusões de menor incerteza: primeiro, os não alcoolistas mais externos parecem beber mais, principalmente para melhorar estados interiores desagradáveis; segundo, os alcoolistas mostram menor controle sobre fontes de estresse do que os não alcoolistas; terceiro, a externalidade dos alcoolistas está associada a níveis mais altos de psicopatologia (depressão); quarto, tanto os extremos dos internos quanto dos externos estão associados com defesas que servem para minimizar a ansiedade relacionada às discrepâncias entre o comportamento real e suas crenças; quinto, no decorrer do tratamento, os alcoolistas tendem a assumir um locus de controle mais interno e apresentar um maior nível de senso de controle embora esse aumento da internalidade possa, de forma contraditória, aumentar as chances de recaída; por último, instrumentos específicos para medir orientações de controle relacionados ao beber aparentam ser mais preditores do comportamento de beber de alcoolistas do que as medidas generalizadas de locus de controle.

Newsome (1986) também se dedicou em seu estudo aos resultados contraditórios obtidos em pesquisas anteriores que relacionam locus de controle e indivíduos que abusam de álcool.

O estudo de Calnan (1987) sobre locus de controle da saúde e comportamentos saudáveis relacionados ao nível de exercícios físicos, evitar o tabagismo e evitar o consumo de álcool indicou que o nível de atividade física mostrou-se o único comportamento associado consistentemente com as dimensões do locus de controle da saúde.

Huckstadt (1987) aplicou a escala DRIE (*Drinking-Related Locus of Control Scale*) em grupos de alcoolistas, alcoolistas em tratamento e não-alcoolistas e seus resultados mostraram diferenças significativas entre os três grupos (cada um com 22 homens): o grupo dos não-alcoolistas mostrou-se mais interno que os demais, já o grupo dos alcoolistas em tratamento foi mais interno que os alcoolistas. A autora sugere que a avaliação dos escores da escala DRIE em alcoolistas pode ser útil no planejamento e monitoramento do tratamento da doença.

Dielman, Camapanelli, Shope e Butchart (1987) aplicaram um questionário em 2.589 estudantes para determinar níveis de uso de álcool, maconha e cigarro e as intenções de usar essas substâncias e problemas relacionados ao abuso de álcool. Os índices de medida de susceptibilidade às pressões do grupo, auto-estima, e locus de controle interno para a saúde apresentaram correlação significativa negativa com grande parte do uso de substâncias, abuso e intenções, já o locus de controle da saúde externo não se relacionou de forma significativa com o uso, abuso nem com intenção.

Canton, et al. (1988) investigaram a relação entre locus de controle e eventos da vida para resultar em um tratamento por seis meses em 67 dependentes de álcool e seus resultados sugerem que o locus do controle pode ser usado como ferramenta na formulação do tratamento e com impacto no prognóstico.

Churchill, Broida e Nicholson (1990) utilizaram a escala I-E de Rotter e outras escalas em 497 estudantes e nenhuma relação significativa entre alcoolismo paterno e locus de controle ou auto-estima foi encontrado.

Dean (1991) investigou a relação entre conhecimentos sobre a saúde e crenças sobre a saúde, e dois tipos de comportamentos de manutenção da saúde: (a) hábitos rotineiros que afetam a saúde e (b) comportamentos de proteção à saúde. Os resultados sugerem que crenças do locus de controle da saúde podem estar relacionadas à mudança comportamental, mas não

estão relacionadas ao uso de tabaco e nem ao consumo de álcool, tampouco à consciência de manter comportamentos de saúde.

No estudo de Dela Coleta (1995), uma amostra de 237 sujeitos do sexo masculino respondeu a escala de locus de controle da saúde, escalas de benefícios e barreiras percebidos em evitar bebidas alcoólicas e uma medida da frequência de consumo de álcool. O locus de controle da saúde não se relacionou com a frequência de bebida, porém a Internalidade correlacionou-se com os benefícios percebidos em evitar a bebida e a Externalidade-Acaso correlacionou-se com as barreiras percebidas, sendo esta última variável a principal preditora da frequência de consumo. O estudo conclui que o locus de controle da saúde é um importante preditor das crenças comportamentais sobre o comportamento de beber, mas apresenta uma relação indireta com o consumo.

Em um estudo com grávidas, Mesrian (1998) utilizou, dentre outros instrumentos, a escala DRIE, e encontrou correlações significativas entre o locus de controle relacionado ao beber e o consumo de álcool: as participantes mostraram-se mais externas em sua percepção de controle durante o comportamento de beber e nenhuma relação significativa foi encontrada entre a auto-eficácia em não beber e o uso de álcool na maternidade.

No levantamento de Norman, Bennett, Smith e Murphy (1998), uma amostra representativa de 11.632 pessoas respondeu um questionário que media locus de controle da saúde, valor da saúde e comportamentos de saúde (medidas que incluíam tabagismo, consumo de álcool, dieta e exercícios foram combinados para dar forma a esses comportamentos indicadores de um estilo de vida saudável). Os escores dessas medidas foram positivamente associados com locus de controle da saúde interno e negativamente associados com a dimensão acaso e outros poderosos. As evidências encontradas sugerem que o valor da saúde modera o locus de controle na saúde e comportamentos de saúde, embora todo o construto de locus de controle da saúde tenha sido um fraco preditor de comportamentos de saúde.

Bennet, Norman, Murphy, Moore e Tudor-Smith (1998) mediram crenças sobre o álcool, locus de controle da saúde e consumo semanal de álcool em 11.000 sujeitos. Utilizaram no questionário: a Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde (Wallston, Wallston & De Vellis, 1978), Valor da Saúde (Lau & Ware, 1981), padrão de consumo semanal de álcool, percepção de risco à saúde com o consumo de álcool e mudanças no consumo de álcool. O locus de controle da saúde explicou apenas 0,5 e 1% a variância no consumo de homens e mulheres, respectivamente.

Um dos instrumentos utilizados por Marchiori, Loshci, Marconi e Pavan (1999) foi a Escala de Locus de Controle I-E, de Rotter, aplicada em 33 pacientes diagnosticados como dependentes de álcool ou usuários abusivos, de acordo com os critérios do DSM-IV, e dentre seus resultados foi encontrado que alcoolistas mostraram-se mais internos que não-alcoolistas.

Cavaiola e DeSordi (2000) estudaram a diferença entre motoristas transgressores usuários de álcool e não-usuários, usando a escala de Rotter e a DRIE (*Drinking-Related Internal-External Locus of Control Scale*). Os motoristas transgressores usuários tiveram escores externos mais altos que os não-usuários, enquanto que na escala DRIE, mais internalidade foi encontrada nos dois grupos.

Stephoe e Wardle (2001) apontam que as inconsistências e as pequenas correlações entre locus de controle da saúde e comportamentos de saúde encontradas em estudos anteriores podem ser devido ao uso de pequenas amostras e um excesso de confiança em correlações como medidas da associação. Eles mediram relações entre locus de controle da saúde (interno, outros-poderosos e acaso), valor da saúde e dez comportamentos de saúde (exercícios físicos, fumar, consumo de álcool, almoço, escovar os dentes, usar cinto de segurança, consumo de frutas, gorduras, fibras e sal) em 4358 mulheres e 2757 homens, universitários, em 18 países europeus. Na discussão dos resultados identificaram que em cinco comportamentos, as probabilidades de comportamentos de saúde foram mais de 40%

maiores em indivíduos nos quartis mais altos versus mais baixos de locus de controle interno depois do ajuste para sexo, idade, valor da saúde e outras escalas de locus de controle; escores mais altos em locus-acaso foram associados a mais de 20% de decréscimo na probabilidade de optar por seis comportamentos saudáveis, enquanto que outros escores mostraram maiores correlações com ações saudáveis; a inclusão do valor da saúde dentro das análises não mudou a natureza das correlações entre as variáveis. Os autores concluem que associações entre locus de controle da saúde e comportamentos de saúde são de importância similar a outros fatores psicológicos quando testes estatísticos apropriados foram empregados.

Vielva e Iraugi (2001) para avaliar como atribuição de causalidade, recaída, auto-eficácia no beber, locus de controle do beber e comportamentos de enfrentamento diferencia os sujeitos abstinentes dos que recaíram durante tratamento para dependência do álcool, estudaram 201 alcoolistas, avaliados nos centros de tratamento em duas ocasiões: uma quando em tratamento e outra seis meses depois. Os pacientes responderam a um questionário com as variáveis cognitivas e comportamentais, incluindo problemas relacionados ao uso de álcool nesses dois momentos e os testes mostraram que auto-eficácia e longo tempo de abstinência anterior discriminaram alcoolistas que se mantiveram abstinentes dos que recaíram, assim, os autores concluem que os resultados desse estudo foram consistentes com a literatura, que confirma a auto-eficácia como forte preditora, enquanto que outras variáveis psicológicas com a abstinência não tiveram correlação.

Niazi, Pervaiz, Minhas e Najam (2005) compararam traços de personalidade e locus de controle em 100 usuários abusivos de substâncias e não abusivos, empregando a Escala I-E de Rotter e o teste 16PF. Encontraram que os escores de usuários abusivos foram significativamente mais altos no locus de controle externo, e concluem que confirmaram achados anteriores da literatura que relatam que já que os externos são mais influenciados pelas opiniões dos outros e pelo ambiente, são mais propensos a abusar de substâncias.

Murray, Goggin e Malcarne (2006) desenvolveram uma escala de 12 itens, *Alcohol-Related God Locus of Control scale* (AGLOC), para medir as percepções do papel de Deus ou de um poder maior na recuperação de alcoolistas e aplicaram em 144 alcoolistas nos encontros de AA. As análises mostraram dois fatores na escala: um relacionado ao poder de Deus em/sobre parar de beber (cessação) e outro relacionado com o poder de Deus em continuar abstinente (manutenção), ambas subescalas e a escala total demonstraram alta e suficiente consistência interna.

Surgenor (2006) investigou a relação entre senso de controle e aspectos clínicos de 50 dependentes de álcool e entre os resultados não foi encontrada correlação significativa entre a extensão dos problemas relacionados ao álcool e desejo por controle ou agentes do controle. O autor também fez uma revisão dos estudos entre controle psicológico e dependência de álcool, e concluiu com as avaliações da literatura empírica que as hipóteses de relação entre certos domínios de dependência de álcool e controle psicológico estão longe de serem conclusivos ou adequados, mas que o entendimento dessa relação é possível e pode contribuir para a compreensão das dificuldades dos pacientes.

Graffeo (2006), utilizando a Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde (Wallston, Wallston & DeVellis, 1978) em 121 estudantes de segundo-grau, avaliou a relação entre locus de controle e: médias escolares, atividades extracurriculares, tempo de estudo, uso de álcool, uso do cinto de segurança e uso de tabaco. Os resultados não deram suporte à hipótese de que estudantes com locus interno são melhores ou tem melhores hábitos de saúde que os externos, porém uma correlação significativa foi encontrada em envolver-se na organização da escola e menor uso de álcool, e outra correlação foi entre uso de álcool freqüente e uso de cintos de segurança.

Recentemente, Yeh, Lee e Hwang (2007) para investigar o locus de controle do comportamento de beber em 161 pacientes do ambulatório e do hospital psiquiátrico,

diagnosticados como dependentes de álcool pelos critérios do DSM-IV, validaram a escala DRIE para o chinês e utilizaram a escala SADD (*Severity of Alcohol Dependence Data*) para avaliar a gravidade da dependência. Os resultados encontrados indicaram que quanto mais grave for a dependência do indivíduo, mais orientado externamente ele é no locus de controle.

Novos estudos nessa área são necessários para minimizar os achados ambíguos nessa área. Como ressaltado por Donovan e O'Leary (1983), dois pontos são importantes para se buscar um melhor entendimento nesse campo: primeiro, o locus de controle representa apenas um dos componentes cognitivos relevantes para se entender o complexo fenômeno do alcoolismo e do comportamento de beber e segundo, instrumentos de medida mais específicos mostram-se mais preditores do comportamento de beber de alcoolistas do que as medidas generalizadas de locus de controle. Os instrumentos de medida relacionados ao locus de controle serão tratados no próximo tópico.

3.2.3 Instrumentos para medida do locus de controle

Dela Coleta e Dela Coleta (1997, citado por Dela Coleta, 2004) em revisão publicada sobre os estudos sobre locus de controle no Brasil, afirmaram que os instrumentos de medida do locus de controle, inicialmente, referiam-se a aspectos gerais da vida do indivíduo. Posteriormente, novas pesquisas desenvolveram medidas específicas para aspectos particulares da vida das pessoas como trabalho, escola, casamento ou saúde. Atualmente é possível ao mesmo tempo ser interno a respeito de um tema, e externo ao se considerar outro (Dela Coleta, 2004).

Para mensurar o posicionamento dos indivíduos ao longo desse contínuo interno-externo muitas escalas têm sido desenvolvidas.

Dela Coleta e Dela Coleta (2006) descrevem alguns instrumentos que têm sido utilizados nos estudos. A escala de locus de controle interno-externo, de Julian Rotter (1966) é um questionário de 23 itens válidos de escolha forçada, com duas opções de cada item (uma interna e outra externa) mais seis itens distrativos, corrigida na direção da externalidade, ou seja, quanto maior o escore mais externo será o locus de controle do sujeito. Outro instrumento apresentado é a escala multidimensional de Hanna Levenson (1974) que considera o construto em três dimensões: uma interna e duas externas (pessoas poderosas que são os “externos-outros poderosos” e pelo acaso, azar, sorte, ou destino que seriam os “externos-acaso ou externos autênticos”).

Com relação à medida do locus de controle da saúde, Dela Coleta (2004) apresenta as escalas de Wallston, Wallston, Kaplan e Maides (1976), a *Health Locus of Control* (HLC) que é unidimensional e a de Wallston, Wallston e De Vellis (1978), a *Multidimensional Health Locus of Control* (MHLC). Essa última foi construída em duas formas equivalentes, cada um com 18 itens, com seis para cada dimensão, sendo respondida sob a forma Likert com cinco níveis.

A Escala Locus de Controle da Saúde (MHLC) foi traduzida e validada para amostras brasileiras por Dela Coleta (1992, 1995, citado por Dela Coleta, 2004) e é composta por três sub-escalas, cada uma com seis itens, referentes às dimensões “Internalidade para a Saúde” (IHLC), “Externalidade-outros poderosos para a Saúde” (PHLC) e “Externalidade-acaso para a Saúde”. Para respondê-la, utiliza-se a forma Likert com cinco níveis, cada um dos escores poderá variar entre seis e 30, e maiores escores em cada sub-escala são interpretados como alta crença naquela fonte como controladora da saúde.

A autora cita a revisão de Furnham e Steele (1993) que mostrou diferentes instrumentos destinados a medir o locus de controle não apenas na saúde geral, mas específicos para alcoolismo, saúde mental, diabetes, obesidade, artrite, depressão, câncer,

hipertensão, fumo, dor, doença cardíaca, incapacidade física, saúde bucal e disfunções sexuais.

Pasquali, et al. (1998) afirmam que escalas de locus de controle ainda deixam muito a desejar, principalmente pelos índices de consistência apresentados e argumentam que isso poderia ser explicado pela definição ainda pouco clara de internalidade, que torna difícil sua operacionalização em comportamentos específicos e precisos. Acrescentam que em algumas pesquisas, por exemplo, essa fonte é denominada internalidade instrumental e, em outras, controle pessoal, controle interno e eficácia pessoal.

Em vários desses casos, locus interno confunde-se com autoconfiança ou auto-eficácia, como observado por Abbad, Meneses, et al. (2001, citado por Abbad & Meneses, 2004).

3.2.3.1 DRIE (*Drinking Related Internal-External Locus of Control Scale*)

Um dos instrumentos de locus de controle relacionado ao alcoolismo, a escala DRIE, foi construído por Keyson e Janda (1972) para diferenciar pacientes dependentes de álcool que percebem seu comportamento de beber sob seu próprio controle daqueles que o percebem como fora de seu controle, seguindo a proposta unidimensional de Rotter para a medida do locus de controle, em cujos pólos extremos estariam a internalidade e a externalidade.

A escala DRIE, cuja população-alvo são adultos, busca avaliar a percepção individual do controle pessoal relacionado ao álcool, comportamento de beber ou recuperação, e possui 25 itens e no formato de escolha forçada, com uma opção de resposta indicando orientação interna e a outra opção externa. Neste formato, os valores dos itens podem ser 0 (internos) e 1 (externos), sendo zero o menor escore possível, caso todos os itens internos sejam marcados, e o valor máximo é 25 se todos os itens externos forem assinalados. Este instrumento pode se

especialmente útil para as pessoas que abusam de álcool ou para os dependentes (NIAAA, 2003).

Donovan e O'Leary (1978) testaram a validade concorrente, convergente, discriminante e a validade de construto da escala DRIE original em 120 alcoolistas através da análise dos componentes principais. Os pesquisadores extraíram três componentes:

1. *Controle Intrapessoal*, com sete itens: relacionado à incapacidade individual de resistir a uma tentação interna de beber ou de uma pressão social indireta, como ao comportamento de beber para superar estados emocionais internos negativos;
2. *Controle Interpessoal*, com sete itens: trata da incapacidade de resistir às pressões interpessoais e externas para beber ou o comportamento de beber em resposta a situações de raiva ou frustrações provocadas por situações interpessoais;
3. *Controle Geral*, com três itens: relativo a fatores ocasionais capazes de influenciar a habilidade do indivíduo para permanecer abstinente.

Os autores encontraram um coeficiente de consistência interna de 0,77.

Hirsch, McCrady e Epstein (1997) testaram a estrutura fatorial da escala DRIE original de 25 itens em uma amostra de 93 homens com problemas de abuso de álcool e alcoolismo, mas que não estavam internados para tratamento. A análise dos componentes principais não confirmou a mesma solução de três fatores encontrada por Donovan e O'Leary (1978). Após eliminar cinco itens com carga fatorial baixa, o *scree plot* sugeriu um fator único com 14 itens que expressavam uma inabilidade para abster-se de beber, uma falta de poder ou uma sensação de desamparo, obtendo um índice de confiabilidade de 0,82. Porém, um problema pode ser levantado: a amostra reduzida, sugerindo pouca variabilidade na amostra e índices de fatorabilidade baixos.

Hartmann (1999) investigou a dimensionalidade da escala DRIE em 542 usuários de substâncias de um programa de tratamento através da análise dos componentes principais e,

como Donovan e O'Leary (1978), encontraram uma estrutura com 17 itens divididos em três componentes: controle intrapessoal, controle interpessoal e controle geral.

Yeh, et al. (2007) utilizaram a análise fatorial para validar uma versão chinesa da escala DRIE, no formato original de resposta dicotômica, em 161 pacientes do ambulatório e hospital psiquiátrico, diagnosticados como dependentes de álcool pelos critérios do DSM-IV. A melhor solução encontrada neste estudo foi a de um único fator denominado pelos autores como locus de controle, contendo 16 dos 17 itens testados. O coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach da versão chinesa da escala DRIE foi de 0,87.

A escala DRIE, portanto, representa uma medida adicional para ser considerada na avaliação das cognições que podem estar relacionadas com a manutenção, cessação e recaídas no comportamento de beber (NIAAA, 2003).

4 JUSTIFICATIVA

O uso do álcool está relacionado a diversos problemas de saúde, custos sociais e econômicos, além de poder levar à dependência o usuário. Assim, uma das mais importantes ferramentas para o delineamento de estratégias de prevenção secundária são os instrumentos de rastreamento, como o AUDIT, que permitem identificar, o mais precocemente possível, os bebedores-problema e dependentes de álcool.

Segundo Donovan e O'Leary (1983, p. 108), “a orientação de controle representa um importante construto no emergente modelo cognitivo de aprendizagem social do comportamento de beber e alcoolismo.” Adotando-se o modelo no qual as crenças e expectativas assumem papel importante na determinação do comportamento, o locus de controle e as crenças do Modelo de Crenças em Saúde parecem construtos adequados para compreensão do consumo de bebidas alcoólicas nesta perspectiva.

A percepção de controle e as crenças do Modelo de Crenças em Saúde têm demonstrado sua aplicabilidade às questões de saúde e também parecem adequadas para a compreensão dos comportamentos relativos ao consumo de álcool, porém há uma escassez de estudos no Brasil que investigam o problema através destes conceitos. O entendimento sobre as variáveis que se relacionam ao consumo de álcool possibilitaria um manejo adequado das informações para que os efeitos de futuras intervenções fossem otimizados.

Mas, para a realização de estudos cujo foco sejam estas variáveis, instrumentos de medida validados e fidedignos são imprescindíveis para sua operacionalização. Não há um instrumento validado para amostras brasileiras que avalie o locus de controle relacionado ao comportamento de beber, desta maneira, justifica-se a adaptação e validação da escala DRIE para amostras brasileiras e a investigação de suas propriedades psicométricas.

Tentativas anteriores de construir uma escala para medida de benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de álcool foram dirigidas para o problema da prevenção de doenças cardiovasculares (Dela Coleta, 1995; Claudino & Dela Coleta, 1997) e não foi realizado no país um levantamento de crenças sobre barreiras e benefícios em evitar o consumo de bebidas alcoólicas conforme percebidos por bebedores-problema. Portanto, a construção e a validação de uma escala para medida destas crenças a partir de indivíduos que vivem ou que já estiveram envolvidos com este problema mostram-se oportunas e necessárias para o atendimento dos objetivos de estudar-se o tema.

Os resultados deste estudo e as escalas aqui validadas poderão ser utilizados como instrumentos de avaliação em ações de prevenção e tratamento realizadas em diferentes níveis de serviço e contextos. Espera-se, portanto, alcançar resultados que signifiquem uma contribuição teórica e prática ao campo de pesquisas psicossociais sobre o consumo de álcool.

5 OBJETIVOS

Este estudo foi orientado pelos seguintes objetivos:

1. Construir e validar a Escala de Benefícios e Barreiras percebidos em Evitar o Consumo de Bebidas Alcoólicas para amostras brasileiras.
2. Adaptar e validar uma versão da escala DRIE (*Drinking Related Internal-External Locus of Control Scale*) para amostras brasileiras.
3. Descrever o perfil da amostra final pesquisada em relação às crenças comportamentais do MCS (barreiras e benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas), locus de controle do comportamento de beber e padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses.
4. Verificar se o padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses está relacionado com as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, nível de instrução), o locus de controle do comportamento de beber e as crenças comportamentais do MCS (barreiras e benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas). Como também, verificar o poder preditivo de características sócio-demográficas, crenças comportamentais do MCS e locus de controle do comportamento de beber sobre o padrão de consumo de álcool.

6 MÉTODO

6.1 Amostra

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, foram planejadas duas fases de coleta de dados: uma inicial, para levantamento de crenças sobre o consumo de bebidas alcoólicas e construção dos itens da versão piloto desta escala, outra final, para validação desta e da versão traduzida e adaptada da escala DRIE, sendo ambas amostras não aleatórias, em função da dependência da aceitação voluntária dos participantes e da disponibilidade de acesso aos locais da pesquisa.

6.1.1 Amostra da fase inicial: levantamento de crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas)

A amostra da fase inicial foi composta por 66 participantes, abordados em diversos locais da cidade: Comunidades Terapêuticas, Ambulatório de Alcoolismo (Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – HC/UFU), Serviço Integrado de Atenção às Compulsões (UFU) – também conhecido como Oficina da Vida.

O critério de inclusão dos sujeitos na fase inicial foi definido como: qualquer participante que fizesse uso de álcool ou que estivesse em tratamento em decorrência de problemas relacionados ao consumo de álcool, maior de 18 anos e que concordasse em participar após ser suficientemente informado a respeito do estudo. O critério de exclusão nessa fase foi o participante estar sob efeito de álcool ou outras drogas. As Comunidades Terapêuticas e a Oficina da Vida têm por função a oferta de um ambiente protegido e que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias

psicoativas; logo, nesses locais não é permitida a entrada de bebidas alcoólicas e outras drogas. No Ambulatório de Alcoolismo as entrevistas foram feitas após o atendimento e avaliação da equipe médica, que informava se o paciente estava sob efeito de alguma substância psicoativa, e este era, então, excluído da lista de pacientes a serem entrevistados.

A amostra ficou composta predominantemente de indivíduos do sexo masculino (90,9%), solteiros (57,6%), com nível de instrução (83,3%) até o Ensino Médio e com idade entre 18 e 79 anos ($M = 38,5$ anos; $DP=16,0$).

6.1.2 Amostra da fase final: validação da escala de crenças e da escala DRIE

A amostra final foi composta por 433 servidores da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), situada na cidade de Uberlândia, Minas Gerais. Participaram servidores de diferentes setores de exercício e campi de Uberlândia (Reitoria Martins, Unidade Duque de Caxias, Campus Educação Física, Campus Santa Mônica, Enfermagem Umuarama, Hospital de Clínicas Umuarama, Área Acadêmica Campus Umuarama, Área Administrativa Campus Umuarama), ocupantes de diferentes cargos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade e que, estando suficientemente esclarecidos sobre a pesquisa, concordaram em colaborar.

Os participantes compunham 10% do total de 4307 servidores da Universidade Federal de Uberlândia, conforme relação fornecida pela Pró-Reitoria de Recursos Humanos da Instituição, referente ao mês de Dezembro de 2007 e colaboraram voluntariamente.

Os critérios de inclusão na amostra final foram: ser servidor da Universidade Federal de Uberlândia, maior de 18 anos, que concordasse em participar e em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O critério de exclusão da pesquisa foi a não disponibilidade do servidor em participar, em função de tarefas inerentes ao cargo após

tentativas de agendamento de um melhor horário para aplicação do questionário. Portanto, não participaram do estudo aqueles servidores que não se encontraram disponíveis e quando não foi possível agendar um melhor horário para aplicação do mesmo.

O tamanho da amostra final estava adequado aos critérios estabelecidos para se realizar a análise fatorial, com a proporção de 20 sujeitos para cada item na escala de “Barreiras e Benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas”, e de 10 para 1 no caso da escala DRIE (locus de controle do comportamento de beber), o que recai nos limites aceitáveis e recomendados (Hair Jr., Anderson, Tatham & Black, 2005; Pasquali, 1999, 2005).

6.2 Instrumentos

6.2.1 Instrumento da fase inicial: levantamento de crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas)

O instrumento utilizado na fase inicial foi um roteiro de entrevista estruturada (ANEXO A) composto por três partes:

1. Questionário de dados sócio-demográficos:

Esta parte buscou identificar algumas características sócio-demográficas dos participantes, como sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e perguntas referentes à procura de tratamentos relacionados a problemas com a bebida.

2. AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*:

Utilizado para identificação do padrão de consumo de álcool dos participantes nos últimos 12 meses (consumo de baixo risco ou abstêmios, consumo de risco, consumo de alto risco ou uso nocivo, e provável dependência). Este instrumento foi elaborado pela

Organização Mundial de Saúde (Babor, et al., 1992), e validado por Mendez (1999) e Lima et al. (2005). É uma escala composta por 10 questões, com cinco itens de resposta que assumem os valores de zero a quatro, com escores totais variando entre zero e 40 e tem por objetivo identificar bebedores com consumo nocivo ou dependentes de álcool. As questões referem-se aos últimos 12 meses, sendo que as três primeiras medem a quantidade e frequência do uso regular ou ocasional de álcool, as três questões seguintes investigam sintomas de dependência e as quatro finais são a respeito de problemas recentes na vida relacionados ao consumo do álcool. O escore total é obtido pela soma dos valores atribuídos a cada questão e pode ser classificado da seguinte maneira: consumo de baixo risco ou abstêmios = 0 a 7 pontos; consumo de risco = 8 a 15 pontos; uso nocivo ou consumo de alto risco = 15 a 19 pontos; provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos) (Babor, et al., 1992). Também se considera o resultado positivo do AUDIT a partir do escore 8 (Babor, et al., 1992; Mendez, 1999).

A versão do AUDIT validada no Brasil por Mendez (1999) apresenta boa sensibilidade (91,8%) e especificidade de 62,3%. A estrutura fatorial e a fidedignidade do AUDIT foram analisadas por Lima et al. (2005) em uma pesquisa epidemiológica da população urbana de Salvador. Os autores encontraram um alfa de 0,81 para a escala total e a análise fatorial apontou dois fatores denominados “nível de consumo e suas conseqüências” ($\alpha = 0,78$) e “reconhecimento da responsabilidade pessoal para as conseqüências negativas de beber” ($\alpha = 0,70$).

Para se obter maior precisão nas respostas ao AUDIT foi acrescida a tabela de conversão do tipo de bebida em doses de álcool, retirada do questionário HABLAS (SENAD, 2007).

3. Roteiro de Entrevista para Levantamento de Crenças:

A entrevista foi estruturada segundo metodologia de Dela Coleta (1995) e apresenta três perguntas básicas que buscaram levantar as opiniões dos participantes quanto: (a) se as pessoas deveriam evitar o consumo de bebidas alcoólicas e por que; (b) se ela mesma evita o consumo de bebidas alcoólicas, por que sim ou por que não; (c) qual era a principal dificuldade da pessoa em ficar sem beber. Os benefícios percebidos em evitar o consumo de álcool eram levantados a partir das justificativas à resposta afirmativa da segunda questão, enquanto que as barreiras percebidas nesse comportamento ou em suas conseqüências eram levantados nas justificativas de por que o sujeito não emitia o comportamento e quando se perguntava as dificuldades em evitar o consumo de álcool (terceira questão). Os benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas referem-se às crenças na efetividade de evitar o consumo de bebidas alcoólicas e à percepção de suas conseqüências positivas e as barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas referem-se aos aspectos negativos da ação de evitar o consumo de bebidas alcoólicas avaliados em uma análise do tipo custo-benefício, sendo estas definições baseadas no Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974; Dela Coleta, 2004).

6.2.2 Instrumento da fase final: validação da escala de crenças e da escala DRIE

O instrumento final (ANEXO B) utilizado nesse estudo foi composto por quatro partes:

1. Questionário de dados sócio-demográficos (o mesmo utilizado e descrito na fase inicial);
2. AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test* (o mesmo utilizado e descrito na fase inicial).
3. Escala de barreiras e benefícios percebidos relacionados ao comportamento de evitar bebidas alcoólicas:

Esta escala foi construída a partir do levantamento das crenças da fase inicial desse estudo. Os itens construídos para medida dos “benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas” (crenças na efetividade de evitar o consumo de bebidas alcoólicas e à percepção de suas conseqüências positivas) e os itens para medida das “barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas” (aspectos negativos da ação de evitar o consumo de bebidas alcoólicas avaliados em uma análise do tipo custo-benefício) foram intercalados e apresentados como uma escala única, precedidos de uma instrução sobre como responder. A escala total ficou composta por 21 itens e utiliza a forma Likert com cinco níveis de resposta (1 = discorda totalmente, 2 = discorda em parte, 3 = indeciso, 4 = concordo em parte e 5 = concordo totalmente).

4. DRIE – *Drinking Related Internal-External Locus of Control Scale*

A escala DRIE original foi desenvolvida por Keyson e Janda (1972, citado por NIAAA, 2003) com o objetivo de avaliar a percepção individual de controle pessoal relacionado ao álcool, comportamento de beber e recuperação.

Donovan e O’Leary (1978) testaram a validade concorrente, convergente, discriminante e a validade de construto da escala DRIE original com 25 itens, no formato de escolha forçada, com uma opção de resposta indicando orientação interna e a outra opção externa. Através da análise dos componentes principais, os autores extraíram três fatores: (a) “Controle Intrapessoal” (7 itens) relacionado com a inabilidade para resistir à tentação de beber; (b) “Controle Interpessoal” (7 itens) com respeito à inabilidade para resistir à pressão interpessoal para beber; e (c) “Controle Geral” (3 itens) relativo a fatores ocasionais capazes de influenciar a habilidade do indivíduo para permanecer abstinente. Neste formato, os valores dos itens podem ser 0 (internos) e 1 (externos), sendo zero o menor escore possível, caso todos os itens internos sejam marcados, e o valor máximo é 25 se todos os itens externos forem assinalados. Os autores encontraram um coeficiente de consistência interna de 0,77.

Na fase final deste estudo foi utilizada a versão traduzida para o português e adaptada para ser aplicada em indivíduos da população brasileira. Nesta adaptação da versão DRIE, as opções A e B da escala original com 25 itens foram transformadas em 50 itens independentes e o formato de respostas foi modificado para o tipo Likert de cinco pontos (1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = indeciso, 4 = concordo e 5 = concordo totalmente). Após a análise semântica dos itens e a análise de conteúdo (análise dos juízes), chegou-se à versão final, com 43 itens, precedidos de instruções ao respondente.

6.3 Procedimentos

6.3.1 Avaliação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFU, tendo sido aprovada sua execução sob protocolo de registro 007/08 (ANEXO C). A coleta de dados foi feita em conformidade com a Resolução 196 do Ministério da Saúde, de 10 de outubro de 1996 que regulamenta as normas a serem seguidas e observadas na pesquisa envolvendo seres humanos. Além disso, foram tomadas precauções especiais para tratar os participantes de modo respeitoso e humano, conforme o treinamento recebido nos cursos de formação do profissional psicólogo.

6.3.2 Coleta de dados

6.3.2.1 Coleta de dados da fase inicial: levantamento de crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas)

O primeiro passo da fase inicial foi o contato com os responsáveis pelas instituições para se obter a permissão de acesso aos indivíduos que fizessem uso de álcool ou que estivessem em tratamento em decorrência de problemas relacionados ao consumo de álcool: Comunidades Terapêuticas, Ambulatório de Alcoolismo (HC/UFU), Serviço Integrado de Atenção às Compulsões/Oficina da Vida (UFU). Neste contato, os objetivos, justificativas e metodologia dessa fase do estudo foram expostos, tendo como resultado ampla abertura e autorização para realização das entrevistas com os frequentadores nas dependências das instituições.

O objetivo dessa fase inicial foi levantar as barreiras e benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas entre usuários de risco, nocivos ou dependentes de álcool, contatados em locais variados, segundo os passos metodológicos de Dela Coleta (1995). Esta amostra foi definida para esta fase do estudo por considerar-se que indivíduos que fazem uso de risco de álcool, ou que estão em tratamento em decorrência de problemas relacionados ao consumo de álcool, seriam mais indicados para oferecer respostas sobre os benefícios e barreiras relativas ao comportamento de evitar o consumo de bebidas alcoólicas.

Em cada um dos locais, foi agendado um horário mais conveniente de modo a não causar prejuízos aos atendimentos e atividades do participante. No horário agendado, a pesquisadora informava cada entrevistado sobre os objetivos da pesquisa, as características do instrumento, o tempo médio de duração (15 minutos), os cuidados éticos que envolvem a pesquisa científica e o respeito ao anonimato dos participantes, deixando-o livre para decidir participar ou não.

Após a concordância, a entrevista era realizada pela pesquisadora de forma individual, em local específico, o que permitiu assegurar o sigilo e a privacidade dos respondentes. Após o preenchimento dos dados sócio-demográficos e das questões referentes ao padrão de consumo de álcool no último ano (escala AUDIT), buscava-se levantar a opinião da pessoa:

(1) se o comportamento de evitar bebidas alcoólicas deveria ser seguido pelas pessoas e por que, (2) se ela mesma o fazia, por que sim (benefícios percebidos em evitar o consumo de álcool) ou por que não (barreiras percebidas nesse comportamento ou em suas conseqüências) e (3) qual era sua principal dificuldade em ficar sem beber. Todas as questões da entrevista, que durava em média 15 minutos, eram feitas oralmente e anotadas pela pesquisadora enquanto o participante acompanhava com uma cópia do roteiro.

6.3.2.2 Coleta de dados da fase final: validação da escala de crenças e da escala DRIE

Antes da coleta de dados, foi feita a análise teórica dos itens (análise semântica dos itens e análise de constructo) (Pasquali, 1999). Com relação à escala de benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas, a pertinência das categorias e dos conteúdos dos itens foi julgada por duas psicólogas pesquisadoras, que sugeriram pequenas alterações na redação de dois itens que, em consenso, foram adotadas. Uma das pesquisadoras – doutora em psiquiatria e saúde mental com experiência clínica e de pesquisa em dependência química de álcool – ressaltou que as crenças levantadas estavam de acordo com o encontrado na prática clínica e na literatura.

A escala para medida do “locus de controle do comportamento de beber” (DRIE) foi inicialmente traduzida para o português e passou por uma revisão cuidadosa e tradução reversa (*back translation*). A escala original (ANEXO F) possuía 25 itens de escolha-forçada e, na adaptação da versão, as opções A e B foram transformadas em 50 itens independentes que foram misturados, acrescentando-se uma escala de respostas tipo Likert de cinco pontos (1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = indeciso, 4 = concordo e 5 = concordo totalmente). Essa alteração no formato da escala foi feita por sugestão de dois juízes, doutores em Psicologia Social e com vasta experiência em construção e utilização de escalas no meio

brasileiro e que, ao fazerem a análise dos itens, sugeriram que esse formato seria mais adequado para validação do instrumento porque é o formato mais utilizado no meio brasileiro; a escala de respostas tipo Likert permite maior variabilidade nas respostas como também explorar melhor o conteúdo de cada item; a escala de crenças utilizada no estudo possuía esse mesmo formato, o que facilitaria a resposta pelos participantes.

A escala DRIE também passou por uma avaliação de seis juízes, aos quais foi solicitado que analisassem o conteúdo de cada item, indicassem sua pertinência a cada uma das fontes de controle, de acordo com as definições dadas no formulário (ANEXO G) e que dessem uma sugestão de redação daqueles itens que não se adequassem a nenhuma das dimensões de controle, indicando a dimensão à qual deveria pertencer.

Após essa análise dos itens das escalas por juízes para se verificar a adequação teórica aos objetivos pretendidos (validade de conteúdo), o instrumento final do estudo foi organizado e aplicado inicialmente a um grupo de 20 sujeitos, para identificar possíveis problemas de clareza do instrumento e verificar sua compreensão por pessoas de diferentes níveis de escolaridade.

Tendo sido aprovado integralmente o instrumento neste estudo piloto, seguiu-se a coleta de dados.

Para se obter autorização de ingresso na Universidade Federal de Uberlândia e ter acesso aos servidores, foi feito um contato prévio com a Pró-Reitoria de Recursos Humanos desta instituição. No encontro foram expostos os objetivos, as justificativas, bem como a metodologia do estudo (ANEXO D) e houve plena aceitação (ANEXO E) de que fosse desenvolvido em horário de trabalho, visto que apenas 20 minutos seriam despendidos para aplicação do instrumento e que seria respeitada a disponibilidade de cada servidor, não causando qualquer prejuízo para o desenvolvimento de sua rotina de trabalho.

A relação dos servidores, com cargo, setor e campus foi, então, fornecida pela Pró-reitoria de Recursos Humanos, o que facilitou o contato prévio e pessoal com os responsáveis pelos diversos setores da instituição (chefes de setores, coordenadores, diretores, encarregados, gerentes, gerentes de divisão, pró-reitores, supervisores). Neste encontro foram informados os objetivos da pesquisa, o formato do questionário, o tempo de duração (média de 15 minutos), a anuência da instituição em permitir a coleta de dados no horário de trabalho, bem como os cuidados que envolvem a pesquisa científica, enfatizando-se o caráter voluntário da participação e o respeito ao anonimato dos participantes.

Após este esclarecimento com os responsáveis, foi acordado um melhor horário dentro do horário e local de trabalho para coletar os dados. Novamente, no horário e local agendados (em muitos momentos, essa coleta aconteceu logo após a concordância do chefe de setor), a pesquisadora informou a cada um dos servidores presentes os objetivos da pesquisa, o formato do questionário, o tempo de duração, bem como os cuidados que envolvem a pesquisa científica, enfatizando o caráter voluntário da participação e o respeito ao anonimato dos participantes, assim como foi ressaltado que não haveria nenhuma forma de punição ou perda de qualquer espécie caso a pessoa decidisse não colaborar. Quando o servidor concordava em participar e estava disponível, a coleta da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO H) era feita, em duas vias, ficando uma via com o participante e a outra com a pesquisadora. De forma imediata, o participante respondia o questionário, enquanto a pesquisadora ficava à disposição, aguardando para esclarecimento de eventuais dúvidas a respeito do preenchimento do mesmo, principalmente para aqueles participantes com menor nível de escolaridade.

Com os servidores que tinham interesse em participar, mas não estavam disponíveis no momento de visita ao setor, foi agendado um novo encontro, dentro do horário de trabalho, o que permitiu a colaboração dos mesmos.

Assim que os participantes terminavam de responder o questionário, este era recolhido e colocado em uma pasta lacrada, de modo que permitia apenas a inserção do questionário respondido, mantendo-se, assim, o anonimato dos sujeitos e o sigilo das respostas. Foram utilizadas duas pastas: uma para inserção do questionário respondido e outra para os termos de consentimento, de modo a separar as respostas sigilosas e anônimas dos participantes do termo de consentimento, que continha sua assinatura.

Em alguns locais, a pedido do chefe de setor, os questionários foram deixados com eles, que transmitiram à equipe as instruções para o preenchimento do instrumento e se responsabilizaram pelo recolhimento dos questionários e dos termos de consentimentos preenchidos em datas e horários agendados.

Uma parte dos questionários (23,7% dos 473) foi aplicada de forma coletiva em salas de aula de Cursos de Capacitação da Pró-Reitoria de Recursos Humanos após autorização da Gerente de Capacitação de Pessoal e, posteriormente, do instrutor de cada turma. Com cada um deles era agendado um melhor dia e horário para a coleta de dados. Todos os procedimentos de informações sobre a pesquisa seguiram no mesmo padrão das aplicações individuais e os termos de consentimento e os questionários eram distribuídos àqueles que aceitavam participar.

6.3.3 Análise de dados

6.3.3.1 Análise de dados da fase inicial: levantamento de crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas)

Os dados coletados entre os 66 participantes, relativos às partes I (dados sócio-demográficos) e II (Escala AUDIT) dos questionários foram transcritos para uma planilha do

programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) for Windows, versão 12.0 para posterior análise descritiva a partir dessa base de dados.

Todas as respostas dadas pelos entrevistados para a parte III (questões abertas) foram transcritas integralmente tão logo eram realizadas. Os dados foram analisados e agrupados em categorias com significados em comum e as mais freqüentes e representativas constituíram os itens das escalas: as respostas referentes ao porque evitam bebidas alcoólicas formaram os itens da escala de “benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas” e os porquês das respostas negativas à emissão do comportamento e as dificuldades levantadas constituíram os itens da escala de “barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas”. Na redação dos itens tomou-se o cuidado para que cada um fosse formado por sentenças curtas, objetivas e claras.

6.3.3.2 Análise de dados da fase final: validação da escala de crenças e da escala DRIE

Os dados coletados com a amostra de servidores ($N = 473$) foram transcritos para uma planilha do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) for Windows, versão 12.0, onde foi criada uma base de dados.

Foram aplicados 473 questionários ao todo, porém 40 foram preenchidos de forma incorreta ou com muitas questões deixadas em branco, obtendo-se, ao final da coleta de dados, o total de 433 questionários válidos (91,5%).

Em seguida, foram feitas várias análises estatísticas para cada um dos instrumentos de medida utilizados, bem como para o seu conjunto. O primeiro passo foi fazer uma conferência de possíveis erros de digitação com a solicitação da quantidade de respondentes e do valor mínimo e valor máximo apresentados em cada item e foi verificado que não houve erros na transcrição dos dados para a planilha.

Para validação estatística da escala de benefícios e barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas e da escala DRIE (locus de controle do comportamento de beber) para indivíduos da população brasileira foram feitas análises de seus padrões psicométricos através de análises fatoriais e cálculo de índices de confiabilidade (correlação item-total e o alfa de Cronbach).

Em seguida à validação dos instrumentos, foi feita a análise descritiva dos dados, sendo utilizadas medidas de tendência central, de dispersão e frequências.

Foram calculados os coeficientes de correlação r de Pearson entre todas as variáveis do estudo com o intuito de se conhecer as relações entre as mesmas e, para verificar se havia diferença significativa entre as médias dos grupos com diferentes padrões de consumo de álcool nos últimos 12 meses em relação às diversas variáveis, utilizou-se análises de variância F de Snedecor (ANOVA) e teste t de Student.

A fim de se verificar a importância de cada variável explicativa no padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses (variável dependente) foram feitas análises de regressão linear múltipla. As variáveis explicativas foram o locus de controle do comportamento de beber, as crenças (barreiras e benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas) e as variáveis sócio-demográficas. Para o padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses (variável dependente) foi utilizado o score obtido no teste AUDIT.

7 RESULTADOS

7.1 Fase inicial: levantamento de crenças para construção da escala de crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas)

Os procedimentos para construção da escala de benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas consistiram no levantamento de crenças entre indivíduos com problemas relativos ao consumo de álcool; análise teórica dos itens; aplicação a uma amostra da população; e determinação dos padrões psicométricos (validade e confiabilidade).

Na fase inicial deste estudo, quando se buscou levantar as crenças relacionadas aos benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas, foi obtida a participação de 66 indivíduos que faziam uso de risco, nocivo ou dependente de álcool. Com relação à procura por tratamento em decorrência de problemas relacionados à bebida alcoólica, 80,3% relataram que já haviam buscado tratamento, sendo que os locais citados foram os próprios locais da coleta de dados além dos grupos Alcoólicos Anônimos, Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e igrejas.

A tabela 3 fornece as principais informações (frequência, porcentagem, média e desvio padrão) sobre os participantes dessa fase.

Tabela 3. Dados biográficos dos participantes da fase inicial ($N = 66$).

Variáveis		f	%	M	DP
Sexo	Masculino	60	90,9		
	Feminino	6	9,1		
Estado Civil	Solteiro	38	57,6		
	Casado	21	31,8		
	Viúvo	2	3,0		
	Separado ou divorciado	5	8,5		
Instrução	Ensino Fundamental incompleto	19	28,8		
	Ensino Fundamental completo	12	18,2		
	Ensino Médio completo	24	36,3		
	Ensino Superior incompleto	5	7,6		
	Ensino Superior completo	5	7,6		
	Pós-graduação	1	1,5		
Idade				38,5	16,0

Com relação ao padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses (Tabela 4), fornecido pelo AUDIT, 15,2% eram usuários de baixo risco ou abstêmios, 25,8% usuários de risco, 12,1% usuários nocivos e 47% apresentavam provável dependência, ou seja, 84,8% da amostra apresentaram escore positivo no AUDIT (escore ≥ 8). Os escores variaram de 1 a 39 ($M = 19,7$ pontos; $DP = 11,4$). O coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach) para a escala total do AUDIT, calculado para essa amostra de indivíduos que fazem uso de risco de álcool ou que estão em tratamento em decorrência de problemas relacionados ao consumo de álcool, foi de 0,89.

Tabela 4. Padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses dos participantes da fase inicial ($N = 66$).

Padrão de consumo	f	%
Usuários de baixo risco ou abstinência	10	15,2
Usuários de risco	17	25,8
Usuários nocivos	8	12,1
Usuários com provável diagnóstico de dependência	31	47,0

A primeira questão aberta da entrevista buscava levantar se o participante achava que as pessoas deveriam evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Foram levantadas 163 respostas afirmativas (94,2%), ou seja, crenças positivas sobre o comportamento de evitar o consumo de álcool e apenas 10 respostas negativas (5,8%), que foram justificadas pelas crenças em que, se a pessoa bebe com moderação ou se ela tem controle sobre o comportamento de beber, não há problemas no consumo de bebidas alcoólicas.

Quando a pesquisadora indagou aos participantes por que as pessoas em geral deveriam evitar o consumo de bebidas alcoólicas, as categorias mais apontadas foram: o álcool faz mal à saúde; o álcool prejudica relacionamentos interpessoais e familiares; o álcool é prejudicial à vida da pessoa; o álcool pode levar à tolerância, à dependência e perda de controle; o álcool leva a violência, confusões e acidentes; o álcool altera o comportamento (74,2% das respostas). Todas as categorias e frequências levantadas estão apresentadas na tabela 5 e os conteúdos das categorias estão apresentados no Anexo I.

Tabela 5. Categorias e freqüências das crenças levantadas pelos participantes sobre porque as pessoas em geral deveriam evitar o consumo de bebidas alcoólicas.

Categorias	f	%
Álcool causa problemas à saúde	32	19,6
Álcool prejudica relacionamentos interpessoais e familiares	25	15,3
Álcool é prejudicial à vida da pessoa	22	13,5
Álcool pode levar a tolerância, à dependência e perda de controle	15	9,2
Álcool leva a violência, confusões e acidentes	14	8,6
Álcool altera o comportamento	13	8,0
Álcool traz problemas no trânsito	11	6,8
Álcool traz problemas no trabalho	7	4,3
Álcool leva a outras drogas	6	3,7
Álcool prejudica a moral e a credibilidade	6	3,7
Álcool leva a problemas financeiros	4	2,5
Outras respostas	8	4,9
Total	163	100

Os benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas foram levantados na segunda pergunta, quando a pesquisadora indagou ao participante se ele mesmo emitia o comportamento e ele respondia que sim (81,9% respostas afirmativas), apontando os motivos. Das 86 crenças levantadas, as mais freqüentes (total de 72,1% das respostas) foram: o álcool causa problemas à saúde; o álcool prejudica relacionamentos interpessoais e familiares; o álcool faz mal; o álcool prejudica a moral e a credibilidade; há motivação pessoal para evitar o consumo; o álcool altera o comportamento; quem não tem controle precisa evitar o consumo; o álcool traz muitas perdas e o álcool traz problemas no trabalho. As freqüências dessas categorias e as demais estão listadas na tabela 6.

Tabela 6. Categorias e freqüências dos benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas.

Categorias	f	%
Álcool causa problemas à saúde	12	14,0
Álcool prejudica relacionamentos interpessoais e familiares	9	10,5
Álcool é prejudicial à vida da pessoa	8	9,3
Álcool prejudica a moral e a credibilidade	7	8,1
Há motivação pessoal para evitar o consumo	6	7,0
Álcool altera o comportamento	5	5,8
Quem não tem controle precisa evitar o consumo	5	5,8
Álcool traz muitas perdas	5	5,8
Álcool traz problemas no trabalho	5	5,8
Álcool leva a outras drogas	4	4,7
Faz bem evitar o consumo de álcool	3	3,5
Álcool leva a violência, confusões e acidentes	3	3,5
Quem está em tratamento não pode beber	2	2,3
Quem não tem compulsão para beber consegue evitar a bebida	2	2,3
Álcool atrapalha os compromissos	2	2,3
Álcool leva a problemas financeiros	2	2,3
Outras respostas	6	7,0
Total	86	100

Como mostrado na tabela 7, as respostas negativas (18,1%) a essa mesma pergunta constituíram as barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas e foram agrupadas nas seguintes categorias: gostar de beber; os efeitos do álcool são prazerosos; beber com moderação não faz mal; o álcool ajuda a relaxar e esquecer os problemas; não há controle sobre o comportamento de evitar; o álcool deixa mais desinibido; e um sujeito respondeu que não tem intenção em evitar o consumo.

Tabela 7. Categorias e frequências das barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas.

Categorias	f	%
Gostar de beber	5	26,3
Os efeitos do álcool são prazerosos	3	15,8
Beber com moderação não faz mal	3	15,8
Álcool ajuda a relaxar e esquecer os problemas	3	15,8
Não há controle sobre o comportamento de evitar	2	10,5
Álcool deixa mais desinibido	1	5,3
Não há intenção em evitar o consumo	1	5,3
Outras respostas	2	10,5
Total	19	100

A última questão da entrevista buscou levantar qual era a maior dificuldade em evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Foram levantadas 83 crenças dispostas nas categorias apresentadas na tabela 8, sendo as mais apontadas (total de 75,8% das respostas): as pessoas próximas que bebem; o álcool ajuda a deixar mais desinibido; frequentar ambientes que têm bebida; vontade de beber; evitar sair com os amigos e sentir-se só; hábito de beber; o álcool ajuda a lidar com situações estressantes.

Tabela 8. Categorias e frequências das dificuldades percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas.

Categorias	f	%
Pessoas próximas que bebem	12	14,5
Álcool ajuda a deixar mais desinibido	12	14,5
Frequentar ambientes que têm bebida	9	10,8
Vontade de beber	9	10,8
Evitar sair com os amigos e sentir-se só	8	9,6
Hábito de beber	8	9,6
Álcool ajuda a lidar com situações estressantes	5	6,0
Sintomas de abstinência do álcool	4	4,8
Gostar de beber	3	3,6
Ficar sem usar a outra droga	2	2,4
Desavenças e falta de suporte da família	2	2,4
Outras respostas	9	10,8
Total	83	100

7.1.1 Construção da versão piloto da escala de crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas)

Após essa categorização das respostas, foram selecionados os conteúdos mais representativos e que melhor se adequavam teoricamente aos objetivos pretendidos, tendo em vista que os benefícios percebidos dizem respeito à crença na efetividade da ação e à percepção de suas conseqüências positivas (Dela Coleta, 2004), ou seja, emitir o comportamento de evitar o consumo de álcool pode ser benéfico se relacionar-se subjetivamente à redução da susceptibilidade ou da seriedade percebida a respeito da dependência química de álcool, por exemplo, reduzindo os tipos de conseqüências negativas que a doença pode acarretar: o álcool causa problemas à saúde. Já as barreiras percebidas em

evitar o consumo de álcool foram avaliadas pelos participantes em uma análise custo-benefício, observando as conseqüências negativas de evitar o consumo de álcool (por exemplo, os sintomas de abstinência do álcool), as dificuldades enfrentadas (por exemplo, freqüentar ambientes com bebidas ou a vontade de beber) e as perdas (gostar de beber ou gostar dos efeitos da bebida, tais como ficar mais desinibido). Assim, as categorias levantadas foram reduzidas para 21 afirmações curtas, objetivas e claras que se constituíram nos itens para a formação da versão piloto da escala de crenças comportamentais relacionadas com a bebida alcoólica.

7.2 Validação semântica e de conteúdo da escala de crenças sobre evitar o consumo de bebidas alcoólicas e da escala DRIE (locus de controle do comportamento de beber)

De acordo com Pasquali (1999), um dos procedimentos importantes na construção e validação de instrumentos é a análise teórica feita por juízes que incida sobre a compreensão dos itens (análise semântica) ou sobre a pertinência dos itens ao construto que representam (análise dos juízes ou análise de conteúdo).

A escala para medida dos benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas foi analisada por duas psicólogas doutoras. Elas verificaram a adequabilidade das categorias, dos conteúdos e dos itens aos objetivos teóricos (validade de conteúdo) e sugeriram pequenas alterações na redação de dois dos itens que, em consenso, foram adotadas. A primeira foi feita na redação do item “o álcool faz mal” que foi julgado estar inespecífico e foi reelaborado: “o álcool é prejudicial à vida da pessoa”. Foi acrescentada uma explicação (“doses cada vez maiores para se obter os mesmos efeitos de antes”) para a palavra “tolerância” no item “álcool pode levar a tolerância, à dependência e

perda de controle”, buscando-se melhor compreensão por pessoas de diferentes níveis de escolaridade.

A escala DRIE (*Drinking Related Internal-External Locus of Control Scale*) original, em inglês, foi traduzida para o português, separadamente, por três psicólogos bilíngües e por um profissional, graduado em letras e habilitado em língua inglesa. As versões foram comparadas e não mostraram diferenças dignas de nota. A tradução obtida foi revertida para o inglês por outro profissional bilíngüe (*back-translation*) a fim de se verificar sua equivalência semântica e sintática, não sendo necessários ajustamentos na versão em português.

A primeira versão em português com 50 itens foi encaminhada a um comitê de seis juízes especialistas (Anexo G), conhecedores do tema da pesquisa e dos conceitos a serem analisados, a fim de detectar a pertinência de cada item ao traço ao qual teoricamente se refere.

Seguindo as orientações de Pasquali (1999), uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes serviu de critério de decisão sobre a adequação do item. Dentre os 50 itens da escala para medida do locus de controle do comportamento de beber, 29 itens (5; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 23; 24; 26; 27; 28; 31; 32; 33; 35; 37; 38; 40; 41; 44; 46; 49) tiveram 100% de concordância entre os juízes quanto a qual dimensão do locus o item se referia e seis itens (2; 7; 29; 43; 45; 50) obtiveram 83,3% de concordância. Dentre os demais itens restantes, oito deles (1; 3; 4; 6; 15; 30; 34; 36) foram redigidos e adaptados, por sugestão dos juízes, sendo mantidos na escala pela sua pertinência. Sete itens (14; 22; 25; 39; 42; 47; 48) foram excluídos da escala por não se referirem às dimensões interna ou externa do construto locus de controle, por exemplo, o item 25 (“beber é minha forma favorita de divertimento”). A avaliação dos itens está apresentada em anexo (Anexo J) e, por fim, a versão final ficou com 43 itens.

Em seguida, esta versão das escalas foi aplicada a um grupo inicial de participantes com diferentes níveis de escolaridade para se verificar a adequação semântica e clareza do instrumento, que não apresentou qualquer problema ou necessidade de modificação.

7.3 Fase final: validação empírica da escala construída para medida das crenças (benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas) e da versão traduzida para o português da escala DRIE (locus de controle do comportamento de beber)

7.3.1 Resultados relativos aos dados sócio-demográficos da amostra final

Os 433 servidores participantes do estudo tinham idade entre 19 e 68 anos ($M = 46,6$ anos; $DP = 9$ anos), 62,4% eram casados, 32,1% tinham completado o Ensino Médio e aproximadamente cada metade correspondia ao sexo masculino e feminino. Com relação aos dados omissos, 0,5% dos participantes não forneceram dados sobre sexo e instrução, 0,9% não responderam sobre o estado civil e 1,4% não informaram a idade.

A tabela 9 fornece as principais informações (frequência, porcentagem, média e desvio padrão) sobre os participantes da fase final.

Tabela 9. Dados biográficos dos participantes da fase final ($N = 433$).

Variáveis		f	%	M	DP	
Sexo	Masculino	206	47,6			
	Feminino	225	52,0			
	Dados omissos	2	0,5			
Estado Civil	Solteiro	88	20,3			
	Casado	270	62,4			
	Viúvo	13	3,0			
	Separado ou divorciado	58	13,4			
	Dados omissos	4	0,9			
	Instrução	Ensino Fundamental incompleto	37	8,5		
		Ensino Fundamental completo	38	8,8		
Ensino Médio completo		139	32,1			
Ensino Superior incompleto		38	8,8			
Ensino Superior completo		83	19,2			
Pós-graduação		96	22,2			
Dados omissos		2	0,5			
Idade				46,6	9,0	
	Dados omissos	6	1,4			

A grande maioria (92,8%) dos participantes não havia procurado tratamento em decorrência de problemas relacionados à bebida alcoólica. O tipo de tratamento que foi buscado pelos demais (7,2%) está sintetizado na tabela 10 a seguir.

Tabela 10. Tipos de tratamento procurados pela sub-amostra ($n = 31$).

Tipo de tratamento	f	%
Alcoólicos Anônimos	9	2,1
Oficina da Vida	6	1,4
Médico	6	1,4
Psicólogo/terapeuta	3	0,7
Clínica	1	0,2
Não especificou qual tipo	6	1,4

Dessa sub-amostra de 31 participantes, 38,7% relataram que procuraram tratamento para os problemas relacionados à bebida alcoólica para seus familiares, ou seja, foram como acompanhantes.

Com relação ao padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses (Tabela 11) fornecido pelo AUDIT, 88,2% dos servidores da universidade que participaram do estudo eram usuários de baixo risco ou abstêmios, 10,4% usuários de risco, 0,9% usuários nocivos e 0,5% apresentavam provável dependência, ou seja, 11,8% da amostra apresentaram escore positivo no AUDIT (escore ≥ 8). Os escores variaram de 0 a 23, com média igual a 3,2 pontos (DP = 3,8). Nessa amostra da população geral, o coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach para a escala total do AUDIT foi de 0,74.

Tabela 11. Padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses para participantes da fase final ($N = 433$).

Padrão de consumo	f	%
Usuários de baixo risco ou abstêmios	382	88,2
Usuários de risco	45	10,4
Usuários nocivos	4	0,9
Usuários com provável diagnóstico de dependência	2	0,5

7.3.2 Resultados relativos às análises fatoriais para validação da escala de benefícios e barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas

A análise fatorial tem como princípio a redução do número original de variáveis, por meio da extração de fatores, de tal forma que estes fatores possam explicar, de forma simples e reduzida, as variáveis empíricas ou observáveis (Pasquali, 2005).

O atendimento aos pressupostos da análise fatorial para a escala de crenças foi inicialmente verificado por meio da medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que apresentou resultado igual a 0,85, caracterizado como meritório (Kaiser, 1974 citado por Pasquali, 2005). Adicionalmente, o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2 = 2463,18$; $p < 0,01$), indicando que as correlações entre os itens permitiam a realização da análise fatorial.

Para estimar o número de componentes da escala, foi feita a análise dos componentes principais (PC) que extraiu quatro componentes com valores próprios (*eigenvalues*) maiores que 1, responsáveis por 50,7% da variância total do instrumento. O teste gráfico (*scree plot*) também revelou a existência de quatro componentes interpretáveis (Figura 6).

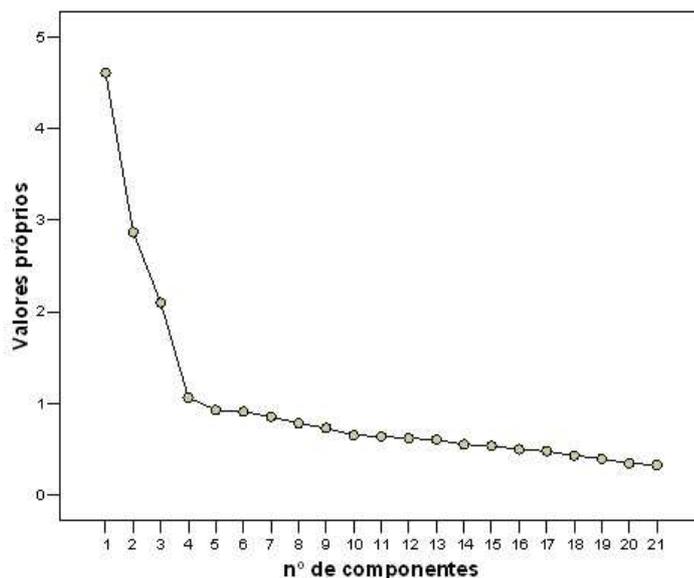


Figura 6. Teste gráfico da análise de componentes principais (PC) da escala de benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas.

Em seguida, foi realizada uma análise fatorial dos eixos principais (fatorização dos eixos principais – *Principal Axis Factoring*) com solução antecipada de quatro fatores, por meio do método de rotação oblíqua (*oblimin*). A interdependência entre os fatores foi verificada por meio da matriz de correlação entre os fatores que mostrou que 50% das correlações entre os fatores eram significantes.

As análises dos dados obtidos evidenciaram que a solução de quatro fatores forneceu uma boa interpretação da estrutura interna da escala (Tabela 12) que explicaram 50,7% da variância total do instrumento e nele foram retidos os itens que apresentaram cargas fatoriais iguais ou superiores a 0,30 (Pasquali, 2005) em um único fator e que, além disso, demonstraram similaridade conceitual com os demais itens desse fator. Nesta solução, tanto os benefícios percebidos quanto as barreiras percebidas dividiram-se em dois blocos cada, ou seja, dois agrupamentos de fatores correlacionaram-se entre si, mas não um com o outro.

Tabela 12. Cargas fatoriais, comunalidades (h^2), valores próprios e variância explicada de cada fator.

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	h^2
11. O álcool altera o comportamento.	0,40				0,34
13. O álcool prejudica a moral e a credibilidade.	0,78				0,60
14. Quem tem o hábito de beber tem dificuldades em ficar sem a bebida alcoólica.	0,59				0,37
15. O álcool é prejudicial à vida da pessoa.	0,72				0,60
17. O álcool prejudica relacionamentos interpessoais e familiares.	0,55				0,52
19. O álcool causa problemas à saúde.	0,54				0,41
12. Ficar sem a bebida alcoólica traz sintomas desagradáveis ou de desconforto.		0,30			0,20
16. É difícil controlar a vontade de beber.		0,47			0,40
18. É difícil frequentar ambientes que têm bebida alcoólica e não beber.		0,75			0,58
20. É difícil evitar a bebida alcoólica quando têm pessoas próximas que bebem.		0,79			0,57
21. Um dos problemas de evitar a bebida alcoólica é deixar de sair com os amigos e sentir-se só.		0,52			0,36
2. A bebida alcoólica dá prazer.			0,64		0,42
4. O álcool ajuda a lidar com situações estressantes.			0,36		0,19
6. O álcool ajuda a deixar a pessoa mais desinibida.			0,61		0,40
8. O álcool ajuda a relaxar e esquecer os problemas.			0,68		0,48
10. O álcool não faz mal para quem bebe com moderação.			0,52		0,26
1. O álcool pode levar a perda de controle, tolerância e dependência.				0,33	0,16
3. O álcool leva a problemas financeiros.				0,56	0,30
5. O álcool leva a violência, confusões e acidentes.				0,59	0,42
9. O álcool traz problemas no trabalho.				0,61	0,48
Valores próprios	4,6	2,9	2,1	1,1	
% Variância Explicada	21,9	13,7	10	5,1	
Nº de itens de cada fator	6	5	5	4	

O item sete (“o álcool leva a outras drogas”) não apresentou carga fatorial maior que 0,30 em nenhum dos quatro fatores e por isso foi excluído. Essa crença foi levantada na fase inicial por parte dos pacientes da Oficina da Vida que também faziam uso de outras drogas, mas foi comprovado pela sua carga fatorial que esse item não é um representante útil dos benefícios percebidos em evitar o consumo de álcool na população geral.

O primeiro fator reuniu seis itens e explicou 21,9% do total da variância constatada. Agrupou itens referentes a benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas tais como “o álcool prejudica a moral e a credibilidade”. O item 14, “quem tem o hábito de beber tem dificuldades em ficar sem a bebida alcoólica”, apesar de ter sido levantado pelos participantes da fase inicial como uma barreira percebida em evitar o consumo da bebida, ficou alocado junto com o primeiro fator e, já que apresentou carga fatorial de 0,59 foi decidido mantê-lo junto aos itens referentes aos benefícios percebidos, visto que a redação do item foi interpretada como um prejuízo pessoal direto advindo da dependência de álcool, em consonância com os demais itens que também eram referentes a benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas, ou seja, a prevenção desses prejuízos.

O fator dois, com cinco itens, reuniu conteúdos referentes a dificuldades em evitar o consumo de álcool, como por exemplo, “é difícil evitar a bebida alcoólica quando têm pessoas próximas que bebem”, e explicou 13,7% da variância total. O terceiro deles reuniu cinco itens referentes a perdas decorrentes de evitar o consumo de álcool, tais como “o álcool ajuda a relaxar e esquecer os problemas” e explicou 10% da variância total.

O quarto fator foi responsável por 5,1% da variância total, com quatro itens com conteúdos referentes à prevenção das conseqüências advindas do consumo continuado, tais como “o álcool traz problemas no trabalho”.

A matriz de correlações que indicou inter-relações definidas entre os fatores um e quatro ($r = 0,49$; $p < 0,01$) como também entre os fatores dois e três ($r = 0,21$; $p < 0,01$), ambas significantes, levou à suposição de fatores de segunda ordem.

Por isso, os itens dos fatores um e quatro foram novamente submetidos à análise fatorial (PAF) com rotação *oblimin* e foi solicitada a extração de um único fator. O resultado do Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi igual a 0,88, caracterizado como meritório (Kaiser, 1974 citado por Pasquali, 2005) e o Teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2 = 1267,04$; $p < 0,01$). Todos os dez itens ficaram retidos com carga fatoriais variando de 0,33 a 0,73, que explicaram 40,8% da variância total (Tabela 13).

Tabela 13. Cargas fatoriais, comunalidades (h^2), valores próprios e variância explicada do primeiro fator de segunda ordem: benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas.

Item	Carga	h^2
1. O álcool pode levar a perda de controle, tolerância e dependência.	0,33	0,11
3. O álcool leva a problemas financeiros.	0,40	0,16
5. O álcool leva a violência, confusões e acidentes.	0,51	0,26
9. O álcool traz problemas no trabalho.	0,59	0,35
11. O álcool altera o comportamento.	0,57	0,32
13. O álcool prejudica a moral e a credibilidade.	0,70	0,49
14. Quem tem o hábito de beber tem dificuldades em ficar sem a bebida alcoólica.	0,57	0,33
15. O álcool é prejudicial à vida da pessoa.	0,73	0,54
17. O álcool prejudica relacionamentos interpessoais e familiares.	0,72	0,52
19. O álcool causa problemas à saúde.	0,63	0,40
Valores próprios	4	
% Variância Explicada	40,8	
Nº de itens	10	

Da mesma maneira, os itens dos fatores dois e três foram novamente submetidos à análise fatorial (PAF) com rotação oblíqua e foi solicitada a extração de um único fator. O resultado do Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi igual a 0,77 que pode ser considerado mediano (Kaiser, 1974 citado por Pasquali, 2005) e o teste de esfericidade de Bartlett também teve resultado significativo ($\chi^2 = 858,47$; $p < 0,01$). Foram retidos nove itens (Tabela 14) que apresentaram cargas fatoriais variando de 0,33 a 0,66 e explicaram 29% da variância total. Apenas o item dez (“o álcool não faz mal para quem bebe com moderação”) apresentou carga inferior a 0,30 e não foi mantido. O conteúdo deste item não se refere a barreiras percebidas, pois não representa os aspectos negativos de evitar o consumo de álcool, avaliados pelo sujeito em uma análise custo-benefício.

Tabela 14. Cargas fatoriais, comunalidades (h^2), valores próprios e variância explicada do segundo fator de segunda ordem: barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas.

Item	Carga	h^2
2. A bebida alcoólica dá prazer.	0,44	0,19
4. O álcool ajuda a lidar com situações estressantes.	0,36	0,13
6. O álcool ajuda a deixar a pessoa mais desinibida.	0,44	0,20
8. O álcool ajuda a relaxar e esquecer os problemas.	0,50	0,25
12. Ficar sem a bebida alcoólica traz sintomas desagradáveis ou de desconforto.	0,34	0,11
16. É difícil controlar a vontade de beber.	0,34	0,12
18. É difícil frequentar ambientes que têm bebida alcoólica e não beber.	0,66	0,44
20. É difícil evitar a bebida alcoólica quando têm pessoas próximas que bebem.	0,59	0,35
21. Um dos problemas de evitar a bebida alcoólica é deixar de sair com os amigos e sentir-se só.	0,55	0,30
Valores próprios	2,9	
% Variância Explicada	29	
Nº de itens de cada fator	9	

Os resultados dessas análises confirmaram a possibilidade de adotar-se a solução de dois fatores de segunda ordem: o primeiro, denominado “benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas”, que reuniu os mesmos dez itens dos fatores relacionados aos benefícios da primeira análise; e o segundo, denominado “barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas”, que agrupou os nove itens referentes às barreiras.

Assim, esses dois fatores de segunda ordem forneceram uma boa interpretação da estrutura interna da escala, além de se mostrarem condizentes com as expectativas teóricas que nortearam a construção do instrumento, baseadas nas duas variáveis do Modelo de Crenças em Saúde.

7.3.3 Resultados relativos à confiabilidade da escala de benefícios e barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas

A confiabilidade é a extensão em que uma variável ou um conjunto de variáveis é consistente com o que se pretende medir, sendo diferente de validade por se referir não ao que deveria ser medido – ou a quão bem o conceito é definido pela medida – e sim ao modo como é medido (Hair Jr., Anderson, Tatham & Black, 2005).

O passo seguinte foi a análise da consistência interna de cada fator a partir de dois critérios: a correlação item-total e o alfa de Cronbach.

A correlação item-total é uma das medidas para se avaliar a consistência interna. No primeiro fator de segunda ordem, denominado “benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas”, a correlação item-total variou de 0,31 a 0,65, com média de 0,52 (Tabela 15). Já no segundo fator de segunda ordem, “barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas”, a correlação item-total variou de 0,29 a 0,57, com média de 0,40 (Tabela 16).

A segunda medida diagnóstica da consistência interna foi o coeficiente de fidedignidade alfa de Cronbach: no primeiro fator de segunda ordem, com dez itens, o alfa foi igual a 0,83 e, no segundo fator de segunda ordem, com nove itens, o alfa apresentou-se igual a 0,72.

Tabela 15. Coeficientes de Confiabilidade da sub-escala Benefícios percebidos.

Item	Correlação item-total
1. O álcool pode levar a perda de controle, tolerância e dependência.	0,31
3. O álcool leva a problemas financeiros.	0,38
5. O álcool leva a violência, confusões e acidentes.	0,48
9. O álcool traz problemas no trabalho.	0,55
11. O álcool altera o comportamento.	0,52
13. O álcool prejudica a moral e a credibilidade.	0,62
14. Quem tem o hábito de beber tem dificuldades em ficar sem a bebida alcoólica.	0,52
15. O álcool é prejudicial à vida da pessoa.	0,65
17. O álcool prejudica relacionamentos interpessoais e familiares.	0,64
19. O álcool causa problemas à saúde.	0,55
$\alpha = 0,83$	$\bar{X} = 0,52$

Tabela 16. Coeficientes de Confiabilidade da sub-escala Barreiras percebidas.

Item	Correlação item-total
2. A bebida alcoólica dá prazer.	0,33
4. O álcool ajuda a lidar com situações estressantes.	0,29
6. O álcool ajuda a deixar a pessoa mais desinibida.	0,35
8. O álcool ajuda a relaxar e esquecer os problemas.	0,40
12. Ficar sem a bebida alcoólica traz sintomas desagradáveis ou de desconforto.	0,31
16. É difícil controlar a vontade de beber.	0,31
18. É difícil frequentar ambientes que têm bebida alcoólica e não beber.	0,57
20. É difícil evitar a bebida alcoólica quando têm pessoas próximas que bebem.	0,49
21. Um dos problemas de evitar a bebida alcoólica é deixar de sair com os amigos e sentir-se só.	0,48
$\alpha = 0,72$	$\bar{X} = 0,40$

7.3.4 Resultados relativos às análises fatoriais da versão brasileira da escala DRIE: locus de controle do comportamento de beber

Para a escala DRIE, todos os pressupostos da análise fatorial foram atendidos. Os resultados do teste de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0,82$), considerado meritório (Kaiser, 1974 citado por Pasquali, 2005), e de Esfericidade de Barlett ($\chi^2 = 4403,71$, $p < 0,01$) demonstraram a adequação da amostra para análise fatorial.

A análise dos componentes principais (PC) foi realizada para estimar o número de componentes e mostrou 12 componentes com valores próprios (*eigenvalues*) maiores que 1, responsáveis por 55,2% da variância total mas que não possibilitaram interpretação. Todavia o teste gráfico (*scree plot*) revelou a existência de três componentes interpretáveis (Figura 7).

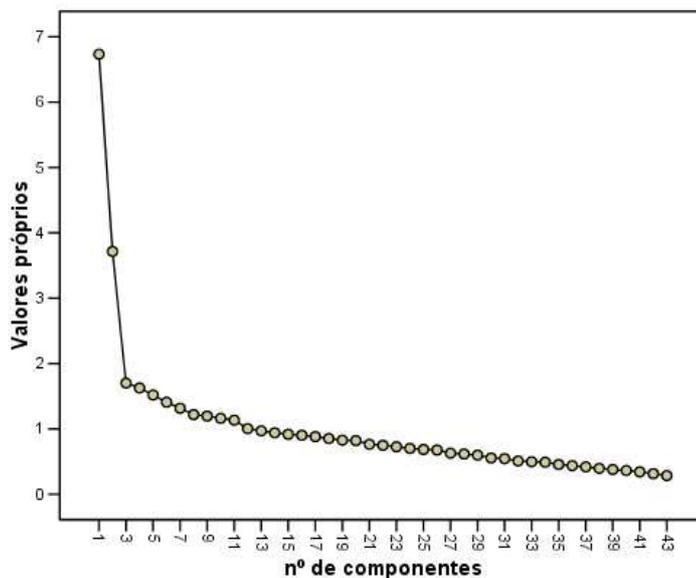


Figura 7. Teste gráfico da PC da escala DRIE.

Assim, foi feita uma análise fatorial dos eixos principais (PAF) com rotação oblíqua (*oblimin*) com solução antecipada de três fatores, que mostraram correlações entre si: o fator 1 inversamente relacionado com o fator 2 ($r = -0,23$; $p < 0,01$), e com o fator 3 ($r = -0,13$; $p <$

0,01), enquanto que os fatores 2 e 3 tiveram correlação positiva entre si ($r = 0,33$; $p < 0,01$). Essa solução antecipada de três fatores foi solicitada em função dos indicativos teóricos: alguns estudos sobre o locus de controle sugerem a discriminação de dois tipos de sujeitos externos, além dos sujeitos internos.

Essa solução em que foram retidos apenas os itens com cargas fatoriais iguais ou superiores a 0,30 (Pasquali, 2005) mostrou que o primeiro fator era formado por 21 itens relativos à orientação externa no locus de controle do comportamento de beber e que o segundo fator apresentou 12 itens relacionados com a orientação interna. Porém no terceiro fator foram retidos apenas três itens: dois coerentes com o primeiro fator e um adequado ao conteúdo do segundo fator. Nessa extração, sete itens (2, 4, 6, 8, 27, 36, 40) não apresentaram cargas maiores que 0,30 em nenhum dos fatores.

Tendo em vista estes resultados e as duas dimensões do locus de controle consideradas na construção original do instrumento, uma segunda análise com os mesmos métodos de extração e rotação foi realizada com todos os 43 itens, forçando-se dois fatores. Na solução resultante, os dois fatores se distinguiram quanto ao conteúdo de seus itens e explicaram 24,3% da variância total.

Mais precisamente, o fator 1 (Tabela 17), indicando orientação externa no locus de controle do comportamento de beber, foi composto por 21 itens, tais como “se alguém me oferece uma bebida, eu não consigo recusar” ou “problemas no trabalho ou em casa me levam a beber”. As cargas fatoriais destes itens variaram de 0,34 a 0,55 no fator e explicaram 15,7% da variância total.

Tabela 17. Cargas fatoriais, comunalidades (h^2), valores próprios e variância explicada do fator 1: externalidade no locus de controle do comportamento de beber.

Item	Carga	h^2
1. Às vezes eu tenho tantos problemas que eu preciso de uma bebida.	0,51	0,41
3. Sinto-me tão desamparado em algumas situações que eu preciso de uma bebida.	0,52	0,40
5. Sem as oportunidades ou chances certas não se pode permanecer sóbrio.	0,40	0,27
7. Eu fico tão perturbado com pequenas discussões que elas me levam a beber.	0,45	0,25
9. Quando eu vejo uma garrafa, eu não posso resistir a beber.	0,48	0,28
12. Para ter sucesso em parar de beber é preciso ter sorte.	0,44	0,30
13. Eu me sinto incapaz de não beber quando estou ansioso ou triste.	0,47	0,32
14. No que diz respeito a beber, a maioria de nós é vítima de forças que não podemos entender ou controlar.	0,49	0,29
18. Se alguém me oferece uma bebida, eu não consigo recusar.	0,55	0,42
19. Às vezes eu não consigo entender como as pessoas controlam seu consumo de álcool.	0,34	0,25
21. Na maioria das vezes eu não consigo entender porque eu continuo bebendo.	0,52	0,32
23. As pessoas bebem porque as circunstâncias as forçam a beber.	0,39	0,32
24. Os problemas relacionados com a bebida são influenciados por fatos que acontecem por acaso.	0,39	0,30
26. Problemas no trabalho ou em casa me levam a beber.	0,55	0,27
28. Muitas vezes existem circunstâncias que te forçam a beber.	0,48	0,35
30. Manter-se sóbrio depende principalmente das coisas irem bem para você.	0,51	0,35
33. É impossível eu resistir a uma bebida se estou em uma festa onde os outros estão bebendo.	0,42	0,27
37. Eu me sinto completamente impotente quando se trata de resistir à bebida.	0,54	0,43
38. Depois da primeira dose, é muito difícil ter controle da quantidade de bebida que se toma.	0,35	0,26
41. Quando que eu começo a beber, eu não consigo parar.	0,51	0,47
42. Eu não tenho força de vontade quando se trata de beber.	0,43	0,38
Valores próprios	6,7	
% Variância Explicada	15,7	
Nº de itens	21	

Já o fator 2 (tabela 18), relacionado à orientação interna no locus de controle do comportamento de beber, foi responsável por 8,6% da variância total e reuniu 14 itens como, por exemplo, “se eu quiser muito eu posso mudar meu comportamento de beber” e “se eu decidir, eu consigo parar de beber”, com cargas fatoriais entre 0,33 a 0,67.

Tabela 18. Cargas fatoriais, comunalidades (h^2), valores próprios e variância explicada do fator 2: internalidade no locus de controle do comportamento de beber.

Item	Carga	h^2
4. Eu tenho força para resistir à bebida quando sinto pressões no trabalho.	0,37	0,23
10. Eu sempre sou capaz de decidir se vou beber ou não.	0,53	0,44
11. Quando eu estou em uma festa onde os outros estão bebendo, eu consigo evitar beber se eu quiser.	0,46	0,33
15. Eu tenho controle sobre meu comportamento de beber.	0,55	0,42
16. Se eu quiser muito eu posso mudar meu comportamento de beber.	0,67	0,50
17. Com esforço suficiente nós podemos derrotar nosso consumo de álcool.	0,53	0,40
20. Eu posso superar minha vontade de beber.	0,52	0,35
22. Se eu decidir, eu consigo parar de beber.	0,57	0,42
25. Abstinência é só uma questão de decidir se eu quero parar de beber.	0,37	0,27
29. Normalmente eu posso lidar com discussões sem precisar tomar uma bebida.	0,50	0,41
31. Eu posso resistir a tomar uma bebida mesmo quando estou perto de uma garrafa.	0,42	0,39
35. Se eu realmente quiser, eu posso deixar de beber.	0,54	0,42
39. Eu tenho força para recusar uma bebida.	0,47	0,27
43. Eu conseguiria nunca mais beber se fosse necessário	0,33	0,25
Valores próprios	3,7	
% Variância Explicada	8,6	
Nº de itens	14	

Nesta análise, oito itens, apresentados na Tabela 19, não apresentaram cargas maiores que 0,30 em nenhum dos fatores e por isso foram excluídos.

Tabela 19. Itens excluídos com carga fatorial inferior a 0,30.

Item	Carga
2. A idéia de que homens e mulheres são levados a beber por influência de seus cônjuges é errada.	0,24
6. Não existe situação nem tentação irresistível que me leve a beber.	0,26
8. Derrotar o alcoolismo com sucesso é uma questão de trabalho duro, a sorte tem pouco a ver com isso.	0,22
27. O sucesso dos alcoólatras em controlar seu consumo de álcool depende deles aceitarem ajuda de outras pessoas.	0,24
32. Muitas vezes são os outros que levam uma pessoa a beber.	0,15
34. Parar de beber depende muito do esforço e trabalho árduo - sorte tem pouco ou nada a ver com isso.	0,25
36. Pela participação ativa em programas de tratamento, qualquer pessoa pode controlar seu consumo de álcool.	0,10
40. Existe uma relação direta entre o quanto as pessoas tentam e quanto sucesso elas têm em parar de beber.	0,28

7.3.5 Resultados relativos à confiabilidade da versão brasileira da escala DRIE: locus de controle do comportamento de beber

Para o estudo da confiabilidade da escala do locus de controle do comportamento de beber também foram feitas duas análises: uma delas baseada no coeficiente alfa de Cronbach e outra nos coeficientes de correlação item- total.

Com relação ao coeficiente de fidedignidade alfa de Cronbach, ambas a sub-escalas apresentaram índices satisfatórios de consistência interna. O primeiro fator, denominado “orientação externa no locus de controle do comportamento de beber”, alcançou um coeficiente igual a 0,85, enquanto que o segundo fator, “orientação interna no locus de controle do comportamento de beber”, apresentou α igual a 0,80 (Tabelas 20 e 21).

A sub-escala de medida da externalidade apresentou correlações item-total que variaram de 0,34 a 0,54, com média de 0,44 (Tabela 20).

Tabela 20. Coeficientes de Confiabilidade da sub-escala “externalidade no locus de controle do comportamento de beber”.

Item	Correlação item-total
1. Às vezes eu tenho tantos problemas que eu preciso de uma bebida.	0,46
3. Sinto-me tão desamparado em algumas situações que eu preciso de uma bebida.	0,45
5. Sem as oportunidades ou chances certas não se pode permanecer sóbrio.	0,39
7. Eu fico tão perturbado com pequenas discussões que elas me levam a beber.	0,39
9. Quando eu vejo uma garrafa, eu não posso resistir a beber.	0,43
12. Para ter sucesso em parar de beber é preciso ter sorte.	0,43
13. Eu me sinto incapaz de não beber quando estou ansioso ou triste.	0,42
14. No que diz respeito a beber, a maioria de nós é vítima de forças que não podemos entender ou controlar.	0,45
18. Se alguém me oferece uma bebida, eu não consigo recusar.	0,54
19. Às vezes eu não consigo entender como as pessoas controlam seu consumo de álcool.	0,34
21. Na maioria das vezes eu não consigo entender porque eu continuo bebendo.	0,48
23. As pessoas bebem porque as circunstâncias as forçam a beber.	0,37
24. Os problemas relacionados com a bebida são influenciados por fatos que acontecem por acaso.	0,34
26. Problemas no trabalho ou em casa me levam a beber.	0,51
28. Muitas vezes existem circunstâncias que te forçam a beber.	0,46
30. Manter-se sóbrio depende principalmente das coisas irem bem para você.	0,46
33. É impossível eu resistir a uma bebida se estou em uma festa onde os outros estão bebendo.	0,37
37. Eu me sinto completamente impotente quando se trata de resistir à bebida.	0,54
38. Depois da primeira dose, é muito difícil ter controle da quantidade de bebida que se toma.	0,35
41. Quando que eu começo a beber, eu não consigo parar.	0,53
42. Eu não tenho força de vontade quando se trata de beber.	0,44
$\alpha = 0,85$	$\bar{X} = 0,44$

Da mesma forma, a sub-escala de medida da internalidade também apresentou média igual a 0,44 entre as correlações item-total, que variaram de 0,31 a 0,58 (Tabela 21).

Tabela 21. Coeficientes de Confiabilidade da sub-escala “internalidade no locus de controle do comportamento de beber”.

Item	Correlação item-total
4. Eu tenho força para resistir à bebida quando sinto pressões no trabalho.	0,32
10. Eu sempre sou capaz de decidir se vou beber ou não.	0,49
11. Quando eu estou em uma festa onde os outros estão bebendo, eu consigo evitar beber se eu quiser.	0,43
15. Eu tenho controle sobre meu comportamento de beber.	0,50
16. Se eu quiser muito eu posso mudar meu comportamento de beber.	0,59
17. Com esforço suficiente nós podemos derrotar nosso consumo de álcool.	0,45
20. Eu posso superar minha vontade de beber.	0,45
22. Se eu decidir, eu consigo parar de beber.	0,53
25. Abstinência é só uma questão de decidir se eu quero parar de beber.	0,31
29. Normalmente eu posso lidar com discussões sem precisar tomar uma bebida.	0,46
31. Eu posso resistir a tomar uma bebida mesmo quando estou perto de uma garrafa.	0,41
35. Se eu realmente quiser, eu posso deixar de beber.	0,48
39. Eu tenho força para recusar uma bebida.	0,42
43. Eu conseguiria nunca mais beber se fosse necessário.	0,32
$\alpha = 0,80$	$\bar{X} = 0,44$

7.3.6 Resultados da amostra e dos grupos nas medidas das variáveis do estudo e comparações entre os grupos.

Após a validação psicométrica (fatorial) da escala “Benefícios e Barreiras Percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas” e da escala “Locus de Controle do comportamento de beber”, foram feitas análises descritivas dos resultados da amostra e comparações entre grupos quanto às médias dos escores obtidos nas variáveis estudadas, descritas a seguir:

- AUDIT: Padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses obtido pelo escore total da escala;
- BEN: Benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas obtidos pelo escore na subescala;
- BAR: Barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas obtidas pelo escore na subescala;
- BEN-BAR: medida obtida pelo cálculo do escore-médio dos benefícios percebidos menos o escore-médio das barreiras percebidas, somado a uma constante ($k=10$) a fim de eliminar os resultados negativos ou nulos. Esta medida derivada faz parte do Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974), mas não tem sido considerada nos estudos.
- EXT: Externalidade no locus de controle do comportamento de beber obtida pelo escore na subescala;
- INT: Internalidade no locus de controle do comportamento de beber obtida pelo escore na subescala.

Alguns procedimentos anteriores às análises multivariadas são necessários para se obter melhor precisão nos resultados dessas análises estatísticas (Tabachnick & Fidell, 2001; Hair Jr., et al. 2005). Assim, a primeira condição analisada foi a quantidade e distribuição de dados omissos. Foi constatado que a maior porcentagem encontrada foi de 1,4% dos dados (seis casos) na variável idade e apenas um caso, que representa 0,2% da amostra, no escore da sub-escala Externalidade no Locus de Controle do comportamento de beber. Portanto, os dados omissos eram inferiores a 5% e a técnica de tratamento consistiu em substituir esses casos pela média desta variável (Tabachnick & Fidell, 2001; Pasquali, 2005).

É necessário, também, identificar e tratar as variáveis não normais, uma vez que a normalidade é exigida no emprego das estatísticas t e F (Hair Jr., et al. 2005). A normalidade

da amostra pode ser analisada pelos valores da média, moda e mediana: a distribuição tende à normalidade quando os valores da média, moda e mediana são muito próximos e estão localizados no ponto central da distribuição (Tabachnick & Fidell, 2001).

A normalidade também foi verificada através do valor da assimetria. Segundo Miles e Shevlin (2001), as distribuições normais têm um valor de assimetria de aproximadamente zero: se o valor for menor que 1,0 ou, maior que 1,0 e menor que 2,0, os valores são aceitáveis, porém se o valor da assimetria for maior que dois, o pesquisador deve se preocupar com a qualidade da sua amostra.

Logo, como mostra a Tabela 22, os resultados encontrados garantem índices satisfatórios de normalidade, o que possibilita a utilização dos testes estatísticos.

Tabela 22. Parâmetros relacionados à normalidade das variáveis contínuas da amostra final.

	Idade	AUDIT	BEN	BAR	BEN-BAR	EXT	INT
Média	46,6	3,2	44,4	25,6	11,6	36,9	62,2
Mediana	48,0	2,0	46,0	25,0	11,6	33,0	65,0
Moda	49,0	0,0	50,0	23,0	12,6	21,0	70,0
Desvio-padrão	9,0	3,8	6,0	7,3	0,9	13,4	8,6
Assimetria	-0,7	1,8	-1,7	0,2	0,1	1,4	-2,0
Erro assimetria	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Curtose	0,4	4,1	3,8	-0,5	-0,5	2,0	5,3
Erro Curtose	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Nota. BEN = benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas; BAR = barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas; BEN-BAR = benefícios menos barreiras; EXT = Externalidade no locus de controle do comportamento de beber; INT = Internalidade no locus de controle do comportamento de beber.

Além dessas suposições, também foram observadas outras condições. Para essa amostra não houve ocorrência de multicolinearidade e nem singularidade, já que todas as

correlações entre as variáveis apresentaram escores inferiores a 0,90. Em relação à multicolinearidade e à singularidade, Tabachnick e Fidell (2001) afirmam que elas consistem em problemas que ocorrem quando as variáveis estão excessivamente correlacionadas: na multicolinearidade há alta correlação (maior que 0,90) e na singularidade há uma correlação perfeita ($r = 1,0$) e as variáveis são redundantes, visto que uma se constitui na combinação de duas ou mais das outras.

De posse das escalas em suas formas finais e após a verificação desses pressupostos, foram analisados parâmetros da amostra e verificadas as possíveis diferenças significativas nos escores médios das medidas para os sujeitos divididos em grupos por sexo, estado civil, nível de escolaridade e escore no AUDIT, sendo para isso utilizado o teste t de Student quando comparadas duas médias (grupos por sexo e grupos segundo o AUDIT) e análises de variância F de Snedecor (ANOVA) para os demais grupos.

A tabela 23 apresenta estes resultados para os grupos divididos quanto ao sexo, onde é possível observar diferenças significativas entre os grupos de sujeitos do sexo masculino e feminino nos escores médios das escalas Benefícios Percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas ($t = -2,56$; $p < 0,05$), Externalidade no Locus de Controle do comportamento de beber ($t = 3,08$; $p < 0,01$), Padrão de Consumo de Álcool nos últimos 12 meses ($t = 5,60$; $p < 0,01$) e uma diferença pequena na medida Benefícios menos Barreiras ($t = -2,35$; $p < 0,05$).

Assim, nesta amostra as mulheres mostraram perceber mais benefícios em evitar o consumo de bebidas alcoólicas e menor percepção de controle externo sobre o seu comportamento de beber do que os homens, além de terem uma média significativamente mais baixa do que estes no padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses.

Tabela 23. Médias dos escores das escalas, desvios-padrão e resultados dos testes *t* por sexo (*N* = 433).

Variáveis	Masculino (<i>n</i> = 206)		Feminino (<i>n</i> = 225)		<i>t</i>
	<i>M</i>	DP	<i>M</i>	DP	
BEN	43,67	6,50	45,15	5,48	-2,56*
BAR	25,87	6,93	25,36	7,62	0,72 ^{ns}
EXTERNO	39,01	14,27	35,04	12,44	3,08**
INTERNO	62,19	8,60	62,24	8,60	-0,07 ^{ns}
BEN-BAR	11,48	0,96	11,70	0,93	-2,35*
AUDIT	4,25	4,21	2,25	3,03	5,60**

Nota. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. ns = não significativo.

Como pode ser observado pelos resultados das ANOVAS expostos na Tabela 24, não foram encontradas diferenças significativas nos resultados médios nas escalas nem no AUDIT em relação ao estado civil.

Tabela 24. Médias dos escores das escalas, desvios-padrão e resultados dos testes *F* (ANOVA) por estado civil (*N* = 433).

Variáveis	Solteiro (<i>n</i> = 88)		Casado (<i>n</i> = 270)		Viúvo (<i>n</i> = 13)		Separado/divorciado (<i>n</i> = 58)		<i>F</i>
	<i>M</i>	DP	<i>M</i>	DP	<i>M</i>	DP	<i>M</i>	DP	
BEN	45,41	4,80	44,23	6,27	44,15	6,84	44,17	6,46	0,91 ^{ns}
BAR	25,56	8,01	25,27	7,11	25,77	6,71	26,86	7,00	0,80 ^{ns}
EXT	35,63	14,61	36,51	12,78	38,77	14,37	40,28	14,39	1,64 ^{ns}
INT	62,97	8,84	62,36	8,20	60,46	7,14	60,36	10,52	1,31 ^{ns}
BEN-BAR	11,70	0,96	11,61	0,95	11,55	1,00	11,43	0,87	0,99 ^{ns}
AUDIT	2,59	3,47	3,31	3,70	3,23	0,96	3,67	4,63	1,14 ^{ns}

Nota. ns = não significativo.

Os resultados das análises de variância mostraram diferenças entre os grupos no que se refere ao nível de instrução (Tabela 25) em relação aos Benefícios Percebidos, $F(5,427) = 2,65$, $p < 0,05$; Externalidade no Locus de controle do comportamento de beber, $F(5,427) = 12,62$, $p < 0,01$ e Internalidade no Locus de controle do comportamento de beber, $F(5,427) = 11,03$, $p < 0,01$.

Quanto à escolaridade, os indivíduos com níveis mais altos percebem mais benefícios em evitar a bebida, são menos externos e mais internos no locus de controle do comportamento de beber. Os testes a posteriori (DHS de Tukey; $p < 0,05$) mostraram que a diferença na percepção de benefícios se dá ao completar os níveis médio e superior de escolaridade, em comparação com o fundamental incompleto; a Internalidade e a Externalidade no locus de controle do comportamento de beber mostram diferenças significativas entre o nível fundamental, incompleto ou completo, e todos os níveis a partir do nível médio concluído.

Tabela 25. Médias dos escores das escalas, desvios-padrão e resultados dos testes F (ANOVA) por nível de instrução ($N = 433$).

Variáveis	Nível 1 ($n = 37$)		Nível 2 ($n = 38$)		Nível 3 ($n = 139$)		Nível 4 ($n = 38$)		Nível 5 ($n = 83$)		Nível 6 ($n = 96$)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
BEN	42,46	8,30	43,97	5,55	45,74	4,67	44,87	5,45	43,67	6,54	44,29	5,63	2,65*
BAR	26,81	8,12	25,26	8,03	25,57	7,64	25,71	7,41	24,66	6,70	26,05	6,64	0,57 ^{ns}
EXT	45,43	13,40	45,05	16,31	38,79	14,00	35,97	13,11	32,65	10,73	31,47	9,42	12,62**
INT	54,41	11,37	58,00	9,44	62,86	7,79	62,29	8,90	64,37	6,48	63,99	7,70	11,03**
BEN-BAR	11,24	1,03	11,59	1,01	11,73	0,92	11,62	0,93	11,63	0,95	11,53	0,88	1,81 ^{ns}
AUDIT	4,16	4,07	3,74	4,40	3,42	4,07	2,89	3,74	2,61	3,64	3,00	2,93	1,23 ^{ns}

Nota. Nível 1 = Ens. Fundamental incompleto; Nível 2 = Ens. Fundamental completo; Nível 3 = Ens. Médio completo; Nível 4 = Ens. Superior incompleto; Nível 5 = Ens. Superior completo; Nível 6 = Pós-graduação.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. ns = não significativo.

Foram também verificadas as diferenças entre os indivíduos com resultado Positivo e Negativo no AUDIT, bem como as diferenças entre os grupos segundo a classificação nos quatro níveis de consumo no mesmo instrumento: baixo risco ou abstêmios, risco, uso nocivo ou alto risco e muito provável dependência de álcool.

A primeira análise foi feita dividindo a amostra total em dois grupos com “ponto de corte 8” (Babor, et. al., 1992; Mendez, 1999): um que apresentou escore no AUDIT abaixo de 8 pontos (AUDIT negativo) e outro com escore maior ou igual a 8 pontos (AUDIT positivo). A tabela 26 apresenta os resultados do teste *t*, onde é possível verificar que há diferença significativa entre os grupos quanto aos Benefícios Percebidos ($t = 4,05$; $p < 0,01$) e Barreiras Percebidas ($t = -3,84$; $p < 0,01$) em evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Tais resultados indicam que o grupo com AUDIT negativo percebe mais benefícios em evitar o consumo de álcool e menos barreiras, enquanto que o grupo com AUDIT positivo percebe mais barreiras em evitar o consumo de bebidas alcoólicas e menos benefícios na emissão do comportamento. Na medida combinada “Benefícios menos Barreiras” também foi encontrada diferença significativa ($t = 7,80$; $p < 0,01$), onde o grupo com AUDIT negativo apresentou maior média, indicando que percebe mais benefícios que barreiras.

No que se refere aos escores da escala Externalidade no Locus de Controle do comportamento de beber, houve diferença significativa entre as médias dos dois grupos ($t = -4,29$; $p < 0,01$), sendo que o grupo com AUDIT positivo mostrou-se mais externo que o outro grupo. Já para a Internalidade no Locus de Controle do comportamento de beber não foram encontradas diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os dois grupos.

Tabela 26. Médias das escalas, desvios-padrão e resultados dos testes *t* por sub-grupos do AUDIT (*N* = 433).

Variáveis	AUDIT Negativo (<i>n</i> = 382)		AUDIT Positivo (<i>n</i> = 51)		<i>t</i>
	<i>M</i>	DP	<i>M</i>	DP	
BEN	44,87	5,82	41,29	6,61	4,05**
BAR	25,09	7,33	29,20	5,91	-3,84**
EXTERNO	35,71	12,47	46,30	16,85	-4,29**
INTERNO	62,42	8,58	60,35	8,80	1,61 ^{ns}
BEN-BAR	11,70	0,94	10,89	0,66	7,80**

Nota. ** $p < 0,01$. ns = não significativo.

Com relação às diferenças entre os grupos de indivíduos classificados nos quatro níveis de consumo segundo o escore no AUDIT, as ANOVAs mostraram resultados significativos para as variáveis cognitivas do estudo, com exceção apenas da Internalidade, entretanto, como foram encontrados na amostra pesquisada apenas quatro casos de usuários nocivos (nível 3 do AUDIT) e dois de usuários com provável diagnóstico de dependência (nível 4 do AUDIT), constituindo grupos com número muito reduzido de sujeitos, o teste de diferença entre as médias foi feito comparando-se os dois grupos mais numerosos, ou seja, os grupos de usuários de baixo risco ou abstêmios (nível 1 do AUDIT) e o grupo de usuários de risco (nível 2 do AUDIT).

Como pode ser observado nas tabelas 27, os resultados mostraram que as médias dos escores nas escalas de crenças (Benefícios Percebidos e Barreiras Percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas), na medida derivada destas (Benefícios menos Barreiras) e na escala Externalidade no Locus de Controle do comportamento de beber diferenciaram significativamente o grupo de usuários de baixo risco ou abstêmios (nível 1) do grupo de usuários de risco (nível 2).

Tabela 27. Médias das escalas, desvios-padrão e resultados dos testes *t* por níveis 1 e 2 do AUDIT (*N* = 433).

Variáveis	Nível 1 do AUDIT (<i>n</i> = 382)		Nível 2 do AUDIT (<i>n</i> = 45)		<i>t</i>
	<i>M</i>	DP	<i>M</i>	DP	
BEN	44,87	5,82	41,36	6,75	3,76**
BAR	25,09	7,33	28,91	6,08	-3,36**
EXTERNO	35,71	12,47	46,36	17,61	-3,90**
INTERNO	62,42	8,58	60,47	9,21	1,43 ^{ns}
BEN-BAR	11,70	0,94	10,92	0,68	6,91**

Nota. ** $p < 0,01$. ns = não significativo.

7.3.7 Resultados relativos à relação entre as variáveis.

Após o estudo de comparação entre os grupos da amostra total procedeu-se ao estudo das relações entre as variáveis contínuas (Tabela 28).

O padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses correlacionou-se negativa e significativamente com os Benefícios Percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas ($r = -0,27$; $p < 0,01$) e com o escore Benefícios menos Barreiras ($r = -0,34$; $p < 0,01$), de modo que quanto menor a percepção de benefícios em evitar o consumo de bebidas alcoólicas e menor o resultado do escore combinado (percepção de benefícios menos percepção de barreiras), mais alto o escore no padrão de consumo de álcool.

Correlações positivas e significativas foram encontradas para o padrão de consumo de álcool com as barreiras percebidas em evitar o consumo de álcool ($r = 0,20$; $p < 0,01$) e com a externalidade no locus de controle do comportamento de beber ($r = 0,22$; $p < 0,01$), não sendo significativas em relação à internalidade no locus de controle do comportamento de beber e nem com a idade.

Tabela 28. Coeficientes de correlação (*r* de Pearson) entre as variáveis contínuas.

	Idade	AUDIT	BEN	BAR	BEN-BAR	EXT	INT
Idade							
AUDIT	0,02 ^{ns}						
BEN	0,09 ^{ns}	-0,27**					
BAR	0,02 ^{ns}	0,20**	0,12*				
BEN-BAR	0,04 ^{ns}	-0,34**	0,53**	-0,77**			
EXT	0,20**	0,22**	-0,05 ^{ns}	0,38**	-0,36**		
INT	-0,23**	-0,03 ^{ns}	0,12*	-0,17**	0,22**	-0,27**	

Nota. BEN = benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas; BAR = barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas; BEN-BAR = benefícios menos barreiras; EXT = Externalidade no locus de controle do comportamento de beber; INT = Internalidade no locus de controle do comportamento de beber.

** $p < 0,01$. * $p < 0,05$. ns = não significativo

Estes resultados indicam que as crenças sobre evitar o consumo de bebidas alcoólicas e a percepção de controle externo do comportamento de beber, avaliadas através das escalas validadas neste estudo correlacionaram-se com o a pontuação no AUDIT, que mede o padrão de consumo de álcool, no sentido teórico esperado.

7.3.8 Resultados relativos às análises de regressão

De modo a complementar o estudo das relações entre as variáveis avaliadas pelas escalas e o padrão de consumo de bebidas alcoólicas, foram feitas análises de regressão múltipla, método *Enter*, tendo como variável dependente o escore no AUDIT e como variáveis explicativas: benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas, barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas, externalidade no locus de

controle do comportamento de beber, internalidade no locus de controle do comportamento de beber e as variáveis sócio-demográficas idade e nível de instrução.

Assim, a regressão padrão (Tabela 29) que obteve melhores resultados incluiu todas as variáveis explicativas citadas anteriormente. O modelo predisse significativamente o padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses, explicando 16% da variância desta variável dependente: $R^2 = 0,16$; $F(6,417) = 13,52$, $p < 0,001$. Dentro do modelo, apenas as seguintes variáveis explicativas foram significativas na predição do padrão de consumo de álcool: Benefícios Percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas ($\beta = -0,31$; $p < 0,01$), Barreiras Percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas ($\beta = 0,19$; $p < 0,01$), Externalidade no locus de controle do comportamento de beber ($\beta = 0,14$; $p \leq 0,01$) e Internalidade no locus de controle do comportamento de beber ($\beta = 0,10$; $p \leq 0,05$). As variáveis biográficas (idade e nível de instrução) não colaboraram significativamente.

Tabela 29. Resumo da análise de regressão múltipla método *enter* para variáveis que predizem o padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses ($N = 433$).

Variáveis explicativas	β	p
Benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas	-0,31	< 0,01
Barreiras percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas	0,19	< 0,01
Externalidade no locus de controle do comportamento de beber	0,14	$\leq 0,01$
Internalidade no locus de controle do comportamento de beber	0,10	$\leq 0,05$
Idade	0,02	0,72
Nível de Instrução	-0,08	0,11
R do modelo = 0,40		
$R^2 = 0,16$		
R^2 ajustado = 0,15		

Para ilustrar os resultados descritos, segue uma representação gráfica da análise de regressão múltipla padrão (Figura 8).

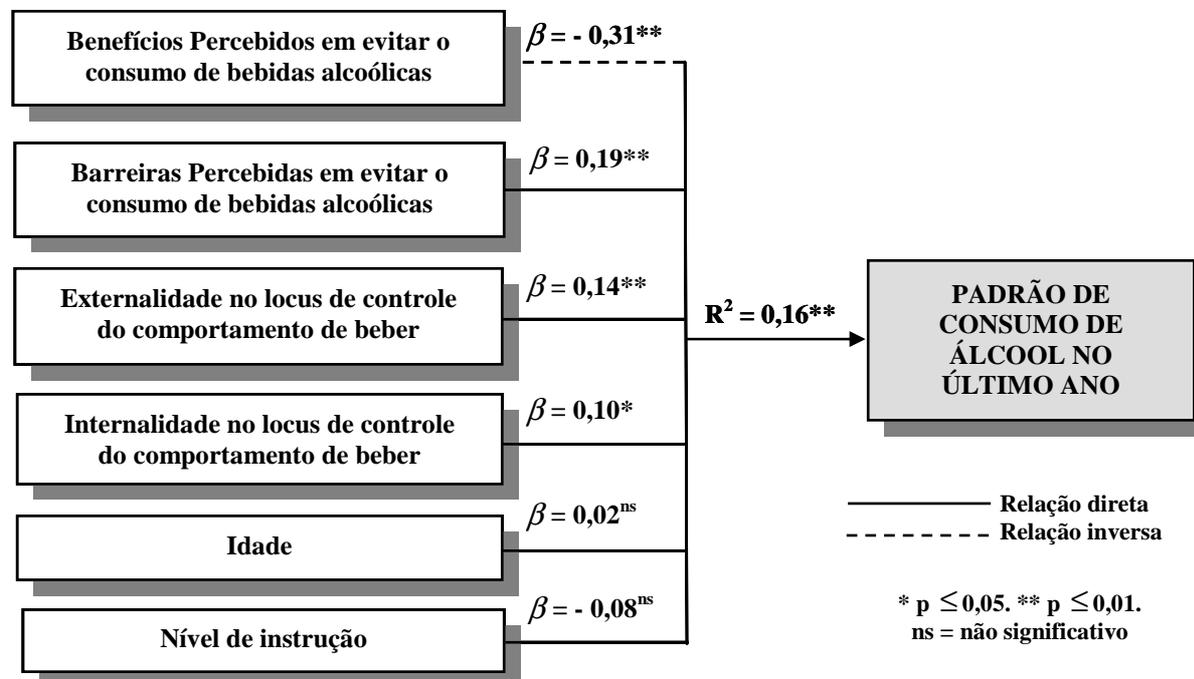


Figura 8. Representação gráfica do modelo de predição do padrão de consumo de álcool no último ano obtido por meio da análise de regressão padrão.

8 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Através da validação de instrumentos de medida psicossociais, este estudo visou ampliar o conhecimento sobre o papel de fatores cognitivos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas.

São poucos os estudos no Brasil que focam o comportamento de beber relacionando-o com as variáveis do Modelo de Crenças em Saúde e com o Locus de Controle, assim, justifica-se a busca por diminuir essas lacunas na produção do conhecimento científico na área pela utilização de escalas aqui validadas em futuras pesquisas, ao mesmo tempo em que estas podem constituir-se em ferramentas práticas para a avaliação individual em programas de prevenção e tratamento.

8.1 A escala de Benefícios e Barreiras Percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas

Para a construção da escala de crenças relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas foram planejadas duas fases distintas. A fase inicial buscou levantar as crenças comportamentais (benefícios e barreiras), em uma amostra de usuários de álcool ou de sujeitos em tratamento em função de problemas relacionados ao consumo de álcool e teve como base teórica o Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974). Essa amostra foi a fonte para a construção dos itens da escala, obtidos através de uma entrevista estruturada com uma população de bebedores-problema, já que na literatura não foi encontrado outro instrumento válido para medida dessas variáveis. Na revisão teórica, destacou-se apenas o estudo de Dela Coleta (1995), em que as crenças sobre os benefícios e barreiras percebidos em evitar o consumo de álcool foram levantadas em uma amostra de três grupos de sujeitos

incluindo saudáveis, hipertensos e enfartados e o estudo focalizava comportamentos de prevenção e controle de doenças cardiovasculares. Assim, as escalas validadas não se adequavam aos objetivos do presente trabalho.

O levantamento inicial das crenças junto à população-alvo possibilitou que a construção dos itens da escala fosse feita a partir de um material denso e rico, estruturado por meio das respostas às entrevistas. Observou-se que o conteúdo das respostas abrangeu tantos os dez itens das escalas de Dela Coleta (1995; 2003; 2004) como também outras crenças que representavam especificamente a realidade de sujeitos com problemas relacionados ao consumo de álcool. De posse das 378 respostas, estas foram transcritas e agrupadas por semelhança semântica, sendo, em seguida, seu conteúdo avaliado por dois juízes. As categorias obtidas nas entrevistas foram reduzidas para 21 afirmações que se constituíram nos itens relativos aos benefícios e às barreiras para formação da versão piloto da escala de crenças comportamentais relacionadas com a bebida alcoólica.

A análise dos itens por juízes indicou que os benefícios percebidos em evitar o consumo de álcool, levantados com as entrevistas, referiam-se à crença na efetividade da ação e à percepção de suas conseqüências positivas, tal como foi teoricamente previsto (Rosenstock, 1974; Dela Coleta, 1995). Evitar o consumo de álcool foi percebido como benéfico ao relacionar-se subjetivamente à redução da susceptibilidade ou da seriedade percebida a respeito da síndrome da dependência de álcool, reduzindo os tipos de conseqüências negativas que a doença poderia acarretar como, por exemplo, o desejo incontrolável de consumir o álcool, a tolerância ao álcool, sintomas de abstinência, complicações orgânicas e problemas de relacionamento com familiares e/ou amigos.

Já as barreiras percebidas em evitar o consumo de álcool foram avaliadas pelos participantes em uma análise custo-benefício observando: (a) as conseqüências negativas da evitação do consumo de álcool como os sintomas repetidos de abstinência, (b) as dificuldades

encontradas como frequentar ambientes com bebidas ou o próprio desejo de beber e, (c) as perdas percebidas na emissão do comportamento, por exemplo, a presença de expectativas positivas a respeito dos efeitos do álcool, tais como relaxamento e alívio de tensão. Portanto, a construção da escala foi balizada dentro da teoria destes construtos do Modelo de Crenças em Saúde e seus itens representaram adequadamente alguns sinais, sintomas e problemas decorrentes do abuso ou dependência de álcool.

Após a análise teórica dos itens que julgou a compreensão e a pertinência dos itens ao construto que deviam representar (análise dos juízes ou análise de conteúdo) e do estudo piloto realizado junto a um grupo inicial de participantes com diferentes níveis de escolaridade para verificar a adequação semântica e clareza do instrumento – que não apresentou qualquer problema ou necessidade de modificação –, deu-se início a fase final de validação empírica na qual foram feitas as análises estatísticas, inicialmente atendendo as exigências metodológicas necessárias para avaliar a dimensionalidade e a confiabilidade do instrumento. Segundo Pasquali (1999, p. 60) a análise fatorial “produz resultados importantes com os quais se pode tomar decisões sobre a qualidade dos itens, bem como do instrumento como um todo”.

Assim, primeiramente foi feita a análise dos componentes principais para estimar o número de componentes da escala, que extraiu quatro componentes com valores próprios (*eigenvalues*) maiores que 1 e o teste gráfico (*scree plot*), que também revelou a existência de quatro componentes interpretáveis. Em seguida, foi feita uma análise fatorial dos eixos principais com solução antecipada de quatro fatores com rotação oblíqua. Essa opção metodológica foi definida a partir da interdependência entre os fatores verificada por meio da matriz de correlação entre os fatores (Pasquali, 2005). Essa solução de quatro fatores forneceu uma boa interpretação da estrutura interna da escala na qual tanto os itens retidos referentes aos benefícios percebidos quanto os itens referentes às barreiras percebidas dividiram-se em

dois blocos cada. A matriz de correlações que indicou inter-relações significantes definidas entre os dois fatores referentes aos benefícios e os dois fatores referentes às barreiras levou à suposição da existência de fatores de segunda ordem. Por isso, os itens dos fatores um e quatro foram novamente submetidos à análise fatorial com rotação oblíqua forçando-se um único fator e os mesmos procedimentos foram feitos com os itens dos fatores dois e três. Os resultados dessas análises confirmaram a possibilidade de adotar-se a solução de dois fatores de segunda ordem.

Assim, a versão final da Escala de Benefícios e Barreiras Percebidos em Evitar o Consumo de Bebidas Alcoólicas ficou composta por 19 itens, reunidos em dois fatores de segunda ordem denominados “Benefícios Percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas” (dez itens) e “Barreiras Percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas” (nove itens). O primeiro explicou 40,8% da variância total e o segundo foi responsável por 20% da variância explicada, ambos com índices satisfatórios de consistência interna ($\alpha = 0,83$ no primeiro fator e $\alpha = 0,72$ no segundo) e que corresponderam às definições teóricas das crenças comportamentais conforme o Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974).

8.2 A escala DRIE – Locus de controle do comportamento de beber

Na literatura são encontrados achados ambíguos entre as pesquisas que relacionam locus de controle e consumo de álcool e alguns pesquisadores enfatizam tal inconsistência de resultados (Weissbach, Vogler & Compton, 1976; Donovan & O’Leary, 1983; Newsome, 1986; Steptoe & Wardle, 2001; Surgenor, 2006). Donovan e O’Leary (1983) apontam a necessidade de instrumentos específicos para medir orientações de controle relacionados ao

beber e sugerem que esses instrumentos seriam melhores preditores do comportamento de beber de alcoolistas do que as medidas generalizadas de locus de controle.

Como concluiu Dela Coleta (2004), os pesquisadores buscam cada vez mais desenvolver instrumentos para medida do locus de controle próprios para o estudo de comportamentos específicos. Desta maneira, outro objetivo deste estudo foi adaptar e validar para amostras da população brasileira a escala DRIE (*Drinking-Related Internal-External Locus of Control Scale*) construída originalmente por Keyson e Janda (1972) para uma população-alvo de adultos (NIAAA, 2003) e que tem sido amplamente utilizada, como ressaltam Yeh e Hwang (2007).

Foi possível observar que nos estudos que testaram as propriedades psicométricas da escala DRIE as amostras eram compostas de alcoolistas internados para tratamento (Donovan & O'Leary, 1978; Hartmann, 1999; Yeh, et al. 2007), com exceção do estudo de Hirsch, et al. (1997), do qual participaram homens que procuravam tratamento, com diagnóstico de uso abusivo de álcool ou dependência.

Entretanto, neste estudo, buscou-se ampliar a aplicabilidade deste instrumento acreditando-se que uma versão traduzida e adaptada poderia ser útil também para a população de não-alcoolistas.

Todos os estudos revisados testaram a estrutura fatorial da DRIE no formato original de resposta dicotômica. Na adaptação da versão DRIE a amostras brasileiras, as opções A e B da escala original com 25 itens foram transformadas em itens independentes e o formato de respostas foi modificado para tipo Likert de cinco pontos (1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = indeciso, 4 = concordo e 5 = concordo totalmente). O formato tipo Likert é o mais utilizado no meio brasileiro, principalmente no caso de testes de personalidade e escalas de atitude (Pasquali, 1999) e permite maior variabilidade nas respostas como também explorar melhor o conteúdo de cada item.

Além disso, Pasquali (1999, p. 57) levanta o problema grave da desejabilidade social com o formato de escolha forçada: “os dois itens que estão sendo comparados devem possuir mais ou menos o mesmo nível de atratividade, do contrário a própria questão já está dando a resposta ao sujeito se um dos itens da questão é socialmente desejável e o outro indesejável”. Essa tendência de se apresentar bem diante dos outros não é intencional, “o sujeito o faz sem dar-se conta disso: quer simplesmente aparecer com bons olhos diante dos outros” (Pasquali, 2004, p.155).

No caso de um instrumento relacionado à percepção de controle do comportamento de beber, justifica-se ainda mais a mudança no formato de resposta do sujeito ao item da escala, já que há uma prevalência de concepções negativas frente ao problema, em que a sociedade rotula a pessoa com problemas com a bebida alcoólica como um “bêbado” a quem falta força de vontade para resistir a tentação ou que é incapaz de exercer controle sobre seu próprio comportamento, como descrito no modelo moral por Marlatt e Gordon (1993).

Para a validação da versão DRIE para amostras brasileiras foram seguidos os mesmos passos anteriormente descritos para a validação da escala de crenças deste estudo: análise teórica dos itens, análise por juízes, estudo piloto, aplicação a uma amostra da população-alvo e, em seguida, análise de seus padrões psicométricos, através de análises fatoriais e cálculo dos coeficientes de confiabilidade.

Apesar do teste gráfico (*scree plot*) da análise dos componentes principais da escala DRIE traduzida e adaptada ter revelado a existência de três componentes interpretáveis, a primeira tentativa com o método de extração PAF, rotação oblíqua e solução antecipada de três fatores não revelou o mesmo, visto que no terceiro fator foram retidos apenas três itens com carga fatoriais acima de 0,30, dois coerentes com o primeiro fator com itens relativos à orientação externa no locus de controle do comportamento de beber e um adequado ao conteúdo do segundo fator que apresentou itens relacionados com a orientação interna.

Por isso decidiu-se proceder a uma segunda análise com os mesmos métodos de extração e rotação incluindo todos os 43 itens, forçando-se dois fatores, o que resultou em uma solução com dois fatores que se distinguiram quanto ao conteúdo de seus itens: o fator 1, com 21 itens, indicando “orientação externa no locus de controle do comportamento de beber” e o fator 2, relacionado à “orientação interna no locus de controle do comportamento de beber”, que reuniu 14 itens.

Esses resultados foram de encontro às duas orientações do locus de controle consideradas por Keyson e Janda (1972) na construção da escala DRIE original, baseada na proposta unidimensional de Rotter para a medida do locus de controle, em cujos pólos extremos estariam a internalidade e a externalidade. No entanto, não replicaram a estrutura encontrada pelos estudos anteriores de Donovan e O’Leary (1978) e de Hartmann (1999). Apenas o estudo de Hartmann (1999) encontrou a mesma dimensionalidade do instrumento inicial conforme proposta por Donovan e O’Leary (1978) com três fatores: controle intrapessoal, controle interpessoal e controle geral, enquanto outros dois trabalhos encontraram uma estrutura fatorial com um fator único (Hirsch, et al. 1997; Yeh, et al. 2007).

Hirsch, et al. (1997) encontraram um fator único com 14 itens que expressavam uma inabilidade para abster-se de beber, uma falta de poder ou uma sensação de desamparo, enquanto Yeh e Hwang (2007) denominaram o único fator com 16 itens apontado pela análise fatorial confirmatória como “locus de controle”. Hirsch, et al. (1997) sugerem aos pesquisadores que sejam cuidadosos ao testar a validade e a confiabilidade da escala DRIE com amostras muito diferentes daquelas para as quais o instrumento foi construído, já que seu estudo com alcoolistas não internados apresentou resultados diferentes dos estudos feitos com pacientes internados.

Já os resultados dos testes de confiabilidade da versão brasileira da escala DRIE indicaram que o instrumento possui índices bastante satisfatórios de consistência interna ($\alpha = 0,85$ no fator 1 e $\alpha = 0,80$ no fator 2).

8.3 Perfil da amostra e de sub-grupos em relação às crenças em saúde, locus de controle do comportamento de beber e padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses.

Tendo avaliado os padrões psicométricos das escalas e definido suas versões finais, passou-se a analisar os escores da amostra e sua relação com a medida do consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses, também como uma forma de validação discriminante dos instrumentos do estudo.

O AUDIT é um instrumento de triagem do padrão de uso de álcool e de problemas associados, sendo o consumo de risco de álcool ou beber problemático (AUDIT positivo) definido pelo escore no AUDIT maior ou igual a oito (Babor, et al., 1992; Mendez, 1999; Mendoza-Sassi & Béria, 2003).

Nesta amostra, 11,8% dos servidores participantes apresentaram um padrão de beber com problemas associados (escore AUDIT ≥ 8), percentual similar ao encontrado pelos dados do I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (SENAD, 2007), que foi um estudo probabilístico e representativo da população brasileira e apontaram que 12% da população brasileira têm algum problema com o álcool, sendo que 3% declaram ter problemas de uso nocivo e 9% de dependência.

Esse percentual de bebedores-problema medido pelo AUDIT foi superior ao encontrado em um estudo prévio realizado por Mendoza-Sassi e Béria (2003) em uma amostra de base populacional do sul do Brasil, em que 7,9% dos participantes apresentaram

AUDIT positivo. Já se comparado com outros estudos que também utilizaram o AUDIT, esse percentual foi inferior, como o conduzido entre pacientes da atenção primária em uma cidade de Minas Gerais que encontrou 18,1% usuários de risco (Ronzani, Amato, Silveira, Oliveira & Lisboa, 2007). Figlie, et al. (1997) encontraram 12,4% dos 275 pacientes investigados no hospital geral com AUDIT positivo. Em outra investigação do padrão de uso de álcool entre policiais militares, também em uma cidade de Minas Gerais, 18,4% da amostra eram bebedores-problema (Ronzani et al, 2007). A prevalência de 21,4% dos participantes com escore no AUDIT maior ou igual a oito foi encontrada entre os universitários do curso de Enfermagem no rastreamento conduzido por Rodrigues, Oliveira, Zaleski e Arantes (2007). Em estudo realizado com pacientes do pronto-socorro do Hospital de Clinicas da Universidade Federal de Uberlândia, em relação ao padrão de uso de álcool, verificou-se uma prevalência de 36% dos participantes com escore do AUDIT ≥ 8 (Segatto, Silva, Laranjeira & Pinsky, 2008). Uma prevalência superior ainda foi constatada por Peuker, et al. (2006) entre estudantes de graduação de diversos cursos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul onde se constatou que 44,2% dos participantes poderiam ser caracterizados como bebedores-problema. Estes resultados, embora preocupantes, refletem diferenças metodológicas entre os estudos, seja por se referirem a amostras com características diferentes ou por problemas relacionados com a honestidade das respostas pelos participantes.

A procura de tratamento por problemas decorrentes do consumo de álcool neste estudo foi feita por 7,2% da amostra total, percentual superior ao encontrado por Figlie, et al. (2000) em que apenas por 2,2% da amostra total havia procurado tratamento.

Com relação à comparação entre os sexos, foi observado que as mulheres apresentam um escore médio significativamente mais baixo que os homens no que se refere ao padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses. O escore médio do AUDIT também foi significativamente mais elevado entre os homens do que entre as mulheres nos estudos de

Magnabosco, Formigoni e Ronzani (2007), como também foi verificada uma taxa de prevalência de consumo aumentada no sexo masculino por Figlie, et al. (1997). Ao se analisar as médias dos escores na Escala de Benefícios e Barreiras Percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas, foram encontradas diferenças significativas entre os sexos apenas na sub-escala de Benefícios Percebidos, de modo que as mulheres mostraram perceber mais benefícios em evitar o uso de álcool que os homens. Na medida derivada das crenças (escore médio dos benefícios menos escore médio das barreiras percebidas), também as mulheres apresentaram maior média. Já nos escores da escala DRIE foi encontrada diferença quanto à Externalidade no locus de controle do comportamento de beber, tal que os homens mostraram-se mais externos que as mulheres.

Contudo as diferenças entre os escores no AUDIT ou nas sub-escalas não foram significativas quando comparados os diferentes sub-grupos de estados civil.

A percepção de benefícios em evitar a bebida é maior para cada nível de escolaridade concluído pelos sujeitos a partir do nível fundamental incompleto, ou seja, ao atingir o nível médio e depois, ao alcançar o nível superior. O locus de controle do comportamento de beber (internalidade e externalidade) de indivíduos que possuem apenas o nível fundamental, ou que nem o completaram, é significativamente diferente do locus de indivíduos que alcançaram o nível médio e mais ainda em relação aos níveis superiores de escolaridade, de modo que a Internalidade cresce e a Externalidade decresce à medida que o nível de escolaridade aumenta.

Entretanto, o grau de escolaridade não diferenciou significativamente o padrão de consumo medido pelo AUDIT.

Outra comparação importante foi feita adotando-se o ponto de corte 8 no resultado do AUDIT (Babor, et al., 1992; Mendez, 1999; Mendoza-Sassi & Béria, 2003), que dividiu a amostra em dois grupos: escores abaixo de 8 (AUDIT negativo) e escores acima ou igual a 8

(AUDIT positivo), considerados aqui como grupos-critério para verificação da validade dos instrumentos em discriminá-los. Os resultados indicaram que o grupo com AUDIT negativo, ou grupo de abstêmios ou usuários de baixo risco, percebia mais benefícios em evitar o consumo de álcool e menos barreiras para emissão do comportamento, ao contrário dos bebedores-problema. Na medida derivada dessas crenças (escore médio dos benefícios menos o escore médio das barreiras percebidas) também se verificou que o grupo com AUDIT negativo apresentou maior média, indicando que este grupo percebe mais benefícios que barreiras, como era esperado, já que, conforme propõe o Modelo de Crenças em Saúde, a probabilidade de praticar a ação preventiva é influenciada pela percepção de benefícios menos as barreiras percebidas (Dela Coleta, 2004).

No que se refere ao locus de controle do comportamento de beber, os dois grupos divididos pelo AUDIT diferiram quanto à Externalidade, sendo que o grupo dos bebedores-problema mostrou-se mais externo que o outro grupo, assim como nos estudos de Donovan e O'Leary (1983), Cavaiola e DeSordi (2000), Niazi, et al. (2005). Resultados opostos foram encontrados por Marchiori, et al. (1999) em que alcoolistas mostraram-se mais internos que não-alcoolistas. Entretanto devem ser aqui consideradas as diferentes medidas utilizadas nestes estudos, por exemplo, a escala I-E de Rotter no estudo de Marchiori, et al. (1999), a escala multidimensional de Levenson nos estudos revisados por Donovan e O'Leary (1983) e as escalas de Locus de Controle da Saúde (Wallston, Wallston & De Vellis, 1978). A esse respeito, Donovan e O'Leary (1983, p. 140) concluem: "...medidas mais especificamente relacionadas à situação sob consideração parecem ser mais preditivas de um comportamento particular do que são as medidas de natureza mais geral". Para estes autores o comportamento de beber pode ser melhor predito pelas expectativas de controle do beber, como a escala DRIE, do que a medida generalizada de locus de controle de Rotter.

Estas mesmas variáveis diferenciaram significativamente o grupo de usuários de baixo risco ou abstêmios (nível 1 do AUDIT) do grupo de usuários de risco (nível 2 do AUDIT). Esses resultados são importantes e sugerem que essa variação do padrão de consumo do primeiro nível para o segundo no AUDIT já se mostrou sensível o suficiente para diferenciar parte das crenças deste estudo quando comparados os dois grupos. Estes participantes incluídos no nível 2 do AUDIT segundo o escore obtido, como explicam Furtado e Yosetake (2005), mesmo que não estejam apresentando problemas atuais, estão correndo o risco de apresentar, em um futuro próximo, problemas de saúde e de sofrer ou causar ferimentos, violências, problemas legais ou sociais, ou, ainda, ter baixo desempenho no trabalho devido aos episódios de intoxicação aguda. Assim, visando a prevenção destes problemas, é possível concluir que é ideal que as pessoas percebam poucas barreiras e muitos benefícios em evitar o consumo excessivo de álcool, e percebam a si mesmas sob baixo controle externo na determinação de seu nível de consumo de bebidas alcoólicas.

8.4 Relações entre o padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses, locus de controle do comportamento de beber, crenças em saúde e variáveis sócio-demográficas

Na análise de correlação bivariada entre idade e o escore do AUDIT não foi encontrada correlação significativa, assim como no estudo de Ronzani (2008).

Os resultados do teste de correlação r de Pearson mostraram que o padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses correlacionou-se significativamente com as duas variáveis do Modelo de Crenças em Saúde deste estudo, como era esperado (Dela Coleta, 1995; 2004). Correlações positivas foram encontradas entre o escore do AUDIT e as barreiras percebidas em evitar o consumo de álcool, enquanto que correlações negativas foram encontradas entre o

padrão de consumo de álcool e os benefícios percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Foi observado também que quanto menor o resultado entre o escore combinado de benefícios e barreiras percebidos, mais alto o padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

Com relação à escala DRIE, o escore no AUDIT se correlacionou de forma significativa e positiva com a externalidade no locus de controle do comportamento de beber. Estudos prévios também encontraram resultados semelhantes ao relacionarem consumo de álcool e externalidade no locus de controle (Tanck & Robbins, 1979; Mesrian, 1998; Yeh, et al. 2007). Não foi encontrada correlação significativa entre a internalidade no locus de controle do comportamento de beber e o consumo de álcool, diferente do estudo de Dielman, et al. (1987) que apontou uma relação negativa entre locus de controle interno e uso de álcool. Alguns estudos, porém, não encontraram relações significativas entre o consumo de álcool e as dimensões do locus de controle (Weissbach, et al. 1976; Calnan, 1987; Dean, 1991; Graffeo, 2006). Aqui é importante destacar que estes estudos citados, exceto os estudos de Mesrian (1998) e Yeh, et al. (2007), utilizaram a escala de locus de controle geral ou a escala de locus de controle da saúde, que não se referem ao controle específico do comportamento de beber. Já o estudo de Donovan e O'Leary (1983), com a escala DRIE, encontrou que grupos de alcoolistas e não-alcoolistas não diferiram em Internalidade, mas sim em Externalidade. A relação entre Internalidade como crença de controle sobre o comportamento de beber ainda necessita ser investigada, podendo ser possível que, ao acreditar no seu poder pessoal de controlar o consumo, alguns indivíduos bebam em excesso.

Por fim, foi feita uma análise de regressão múltipla, que teve como variável dependente o escore no AUDIT e como variáveis independentes: idade, nível de instrução, benefícios percebidos em evitar o consumo de álcool, barreiras percebidas em evitar o consumo de álcool, internalidade no locus de controle do comportamento de beber e externalidade no locus de controle do comportamento de beber. O melhor modelo predisse

significativamente o consumo de álcool nos últimos 12 meses explicando 16% da variância total da variável dependente. Dentro do modelo, os Benefícios Percebidos em evitar o consumo de bebidas alcoólicas, as Barreiras Percebidas em evitar o consumo de bebidas alcoólicas, a Externalidade no locus de controle do comportamento de beber e a Internalidade no locus de controle do comportamento de beber foram significativas na predição do padrão de consumo de álcool. Apenas as variáveis idade e nível de instrução não colaboraram significativamente. No estudo de Dela Coleta (1995) as barreiras percebidas em evitar o consumo de álcool foram a principal preditora da frequência de consumo e a pesquisadora conclui que o locus de controle da saúde é um importante preditor das crenças comportamentais sobre o comportamento de beber, mas apresenta uma relação indireta com o consumo. No presente estudo tanto as crenças sobre o comportamento quanto a percepção de controle do mesmo mostraram-se preditores do consumo de álcool, sugerindo que as escalas de locus de controle, quando se referem ao comportamento específico, apresentam relações diretas com este, diferentemente de quando são utilizadas as medidas de locus de controle geral ou da saúde.

Na literatura são raros os estudos que também tenham investigado a relação entre essas variáveis do modelo de Crenças em Saúde com o comportamento de beber, podendo-se destacar os estudos de Minugh, Rice e Young (1998), Kingree, et al. (2006) e Kingree, Simpson, Thomson, McCrady & Tonigan (2007).

8.5 Considerações finais

Neste estudo, entre outros objetivos, buscou-se oferecer dois instrumentos válidos e confiáveis para pesquisa do grave problema do consumo nocivo de bebidas alcoólicas.

Entretanto, devem ser destacadas algumas características metodológicas aqui utilizadas que poderiam ser aperfeiçoadas em futuros estudos.

Uma delas refere-se ao uso de uma amostra de conveniência, visto que mesmo com a coleta de dados feita em diferentes setores da universidade em busca de servidores com características diversas, somente participaram deste estudo aqueles que se dispuseram a colaborar, sendo esta, porém, uma realidade das pesquisas éticas com seres humanos nas quais a participação do sujeito no estudo deve ser livre e voluntária.

Outra questão diz respeito ao auto-relato sobre o consumo de álcool. O auto-relato sobre o consumo de substâncias, embora válido, tem sido criticado, já que pode ser propositadamente subestimado pelo respondente. Walker e Cosden (2007) discutem sobre o tema em seu estudo sobre a confiabilidade do auto-relato de universitários sobre o próprio comportamento de beber, e concluem que criar condições que aumentem a confiabilidade e a validade do auto-relato é imprescindível para que pesquisas sobre o uso de álcool e outras drogas sejam conduzidas.

No presente estudo foram criadas condições para aumentar a confiança dos participantes em que suas informações seriam mantidas em sigilo absoluto, sugerindo-se uma coleta de dados satisfatória. O fato desta pesquisa ter sido realizada em um ambiente de trabalho pode ter sido um agravante para a subestimação do padrão de consumo, porém, como foi enfatizado o caráter voluntário da participação, o respeito ao anonimato dos participantes utilizando-se as pastas independentes e lacradas e por ter sido ressaltado que não haveria nenhuma forma de punição ou perda de qualquer espécie caso a pessoa decidisse não colaborar, ainda foi possível encontrar bebedores-problema (score ≥ 8 no AUDIT) na amostra.

O AUDIT tem sido usado pela OMS para detectar problemas relacionados ao álcool no último ano, portanto, enfatiza questões atuais e mostra-se sensível na detecção de casos

onde a dependência de álcool ainda não está instalada (Mendez, 1999). Edwards, et al. (1999, p. 176) concluem sobre o AUDIT: “potencialmente, este é o questionário de triagem com maior valor futuro para os clínicos e pesquisadores no atendimento primário”. Como já foi explicado, na avaliação do escore obtido com o AUDIT, uma pontuação acima de sete, ou seja, maior ou igual a oito pontos já é um indicativo do comportamento de beber de risco ou nocivo, como também da possibilidade de dependência (Babor, et al., 1992). Este instrumento, acrescido da tabela de conversão do tipo de bebida em doses de álcool (SENAD, 2007) mostrou ser de fácil aplicação e compreensão para indivíduos que ainda não completaram o ensino fundamental. Essa tabela de equivalência de doses é mais completa se comparada ao quadro sugerido por Mendez (1999).

Os instrumentos validados para medida das crenças e do locus de controle do comportamento de beber podem contribuir para o desenvolvimento de pesquisas no meio brasileiro e para o planejamento de programas de prevenção e intervenção, visto que se mostraram úteis também na população de não-alcoolistas.

O Modelo de Crenças em Saúde é indicado pela literatura como sendo o mais utilizado por vários pesquisadores para analisar as crenças relacionadas à saúde no processo de tomada de decisão dos pacientes quanto à adesão a comportamentos saudáveis ou ao plano de tratamento para uma doença. Um breve comparativo pode ser feito entre o Modelo de Crenças em Saúde e alguns aspectos de uma abordagem ao tratamento dos problemas com a bebida alcoólica descrita no desenvolvimento teórico deste estudo.

A Intervenção Motivacional (Miller & Rollnick, 2001), técnica terapêutica bastante empregada com bebedores-problema, postula que um padrão de comportamento persistente, apesar de suas conseqüências negativas, é mantido por incentivos positivos (percepções dos efeitos positivos do álcool), bastando que a pessoa perceba e acredite que o comportamento possui compensações positivas, não sendo necessário que essas conseqüências positivas sejam

verdadeiras ou exatas. Uma das metas da técnica é a constatação e a resolução da ambivalência que pode ser entendida como uma experiência de um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes, por exemplo, continuar bebendo ou evitar o consumo de álcool. Outras variáveis estão associadas à ambivalência: valores, expectativas, autoestima, contexto social, entre outras. Essa ambivalência quanto à mudança de comportamento é difícil de resolver porque cada lado do conflito tem seus benefícios e seus custos, como no Modelo de Crenças em Saúde, em que a probabilidade de ação é resultante dos benefícios percebidos e das barreiras percebidas na emissão dos comportamentos de saúde.

O locus de controle, enquanto expectativa de reforçamento ou crença no controle do comportamento em direção a um objetivo, constitui-se em poderosa motivação também para evitar os transtornos relacionados com o consumo excessivo de álcool. Neste estudo ficou evidente que, não tanto o controle pessoal, mas a percepção de falta de controle pessoal e de ser controlado por fatores externos, verificado através da escala de Externalidade, foi relacionada com o beber excessivo.

Compreender qual é a percepção de controle sobre o comportamento de beber pelo indivíduo mostrou-se como uma ferramenta fundamental para os profissionais e pesquisadores interessados na dependência de álcool, já que possibilita o delineamento de estratégias de intervenção mais adequadas ao perfil do dependente, visto que há diversas formas de tratamento e em cada uma delas o indivíduo poderá desempenhar um papel mais ativo ou mais passivo dentro do processo de mudança. A essência do modelo cognitivo-comportamental de Prevenção de Recaída (Marlatt & Gordon, 1993) é o autocontrole em que o indivíduo ocupa uma posição mais ativa no processo de mudança, ao contrário do modelo da doença, que vê o indivíduo como uma vítima de forças além do controle pessoal. No modelo de tratamento dos Alcoólicos Anônimos, essa percepção de controle pessoal sobre o comportamento de beber também se mostra diminuída, como pode ser observado nos dois

primeiros passos: “1°. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que nossas vidas tinham fugido ao nosso controle; 2°. Passamos a acreditar que um poder maior do que nós mesmos podia nos devolver a sanidade” (Edwards, et al. 1999, p.240). Nesta abordagem, o indivíduo deve acreditar que o controle do seu comportamento de beber está nas mãos de uma entidade que tem o poder de tratar seu problema, e assim, apesar do controle estar fora do indivíduo, a compulsão poderá ser controlada.

Marlatt e Gordon (1993) tentam responder algumas questões que, para eles, ainda permanecem sem resposta, por exemplo, ao comparar os modelos de autocontrole e da doença, questionam se uma abordagem seria mais eficaz que outra para algumas pessoas e vice-versa, ou se o terapeuta poderia mudar a orientação da crença do paciente a fim de melhorar sua auto-eficácia buscando facilitar a mudança na pessoa. Diante da evidência para estes teóricos de que as pessoas diferem com relação à causação pessoal e ao locus de controle, conforme a teoria proposta por Rotter (1966), eles refletem se uma abordagem de autocontrole com treinamento de habilidades e atitudes necessárias para modificar hábitos e estilo de vida seria mais adequada para os indivíduos que rejeitam a idéia de serem incapazes de exercer controle sobre seu comportamento adictivo ou, ao contrário, se o modelo da doença poderia ser mais efetivo para aqueles que vêem seu problema como além de seu controle pessoal.

Marlatt e Gordon (1993, p. 15) apontam que “uma preferência por um papel mais passivo no processo de tratamento pode refletir um locus externo de orientação de controle, no qual o indivíduo percebe o comportamento como estando sob a regulação de impulsos internos incontroláveis, forças ou circunstâncias externas”. Estes pesquisadores do modelo de Prevenção de Recaída descrevem que o comportamento de manter-se abstinente está sob controle, desde que não ocorra uma situação de alto risco que represente uma ameaça ao senso de controle do indivíduo. Essa situação de alto risco pode estar vinculada aos estados

físico-fisiológicos, estados emocionais (determinantes intrapessoais e determinantes interpessoais), conflitos interpessoais e pressão social. Se o indivíduo não é capaz de executar uma resposta de enfrentamento cognitiva ou comportamental adequada ou eficaz nas situações de alto risco, há uma probabilidade aumentada de recaída. Por outro lado, “o indivíduo que lida eficazmente com a situação tende a experienciar um senso de domínio ou percepção de controle” (Marlatt & Gordon, 1993, p. 36).

Esses determinantes para a recaída estão presentes nos fatores da escala DRIE denominados originalmente por Donovan e O’Leary (1978): (a) controle intrapessoal que se refere tanto à incapacidade individual de resistir a uma tentação interna de beber ou de uma pressão social indireta, como ao comportamento de beber para superar estados emocionais internos negativos; (b) controle interpessoal, que trata da incapacidade de resistir às pressões interpessoais e externas para beber ou o comportamento de beber em resposta a situações de raiva ou frustrações provocadas por situações interpessoais; e (c) controle geral, que consiste nos fatores de sorte ou acaso influenciando o indivíduo a manter-se abstinente ou sóbrio.

Os resultados obtidos neste estudo indicaram uma grande consistência com outras pesquisas que apóiam a idéia de que a escala DRIE constitui um instrumento capaz de avaliar o constructo locus de controle do comportamento de beber, podendo, inclusive, ser usado no planejamento e monitoramento do tratamento da dependência do álcool (Huckstadt, 1987; Yeh, et al. 2007). Canton, et al. (1988) também concluem que o locus de controle pode ser usado como ferramenta na formulação do tratamento e com impacto no prognóstico.

Levando em consideração os efeitos que o consumo nocivo de álcool pode ter para a saúde das pessoas e para a sociedade em geral, ressalta-se a importância de se realizar mais estudos sobre o tema, com diferentes amostras, a fim de subsidiar a elaboração de campanhas preventivas específicas dirigidas aos diferentes segmentos da população.

Assim, sugere-se que estes instrumentos sejam aplicados a indivíduos com diferentes padrões de consumo e diferentes características sócio-demográficas com o intuito de reavaliar os resultados obtidos e compreender melhor a relação entre cognições e comportamento de consumir álcool.

Por fim, espera-se que este estudo traga uma contribuição ao conhecimento na área psicossocial e no campo das pesquisas sobre o consumo de álcool, tanto através dos instrumentos válidos que também podem ser úteis em diferentes níveis de serviço e contextos, quanto pela busca de novos caminhos para o estudo do comportamento de beber.

9 REFERÊNCIAS

- Abbad, G. & Meneses, P. P. M. (2004). Locus de controle: validação de uma escala em situação de treinamento. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 441-450.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Babor, T.F., La Fuente, J.R., Saunders, J. & Grant, M. (1992). *The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care*. World Health Organization, Geneva.
- Bennet, P., Norman, P., Murphy, S., Moore, L. & Tudor-Smith, C. (1998). Beliefs about alcohol, health locus of control, value for health and reported consumption in a representative population sample. *Health Education Research*, 13(1), 25-32.
- Bertolote, J. M. (1997). Conceitos em Alcoolismo. In Ramos, S. P. & Bertolote, J. M. *Alcoolismo hoje* (pp. 17-31). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowen, W. T. & Twemlow, S. W. (1978). Locus of control and treatment dropout in an alcoholic population. *Addiction*, 73(1), 51-54.
- Calnan, M. (1987). The health locus of control: An empirical test. *Oxford Journals Medicine Health Promotion International*, 2(4), 323-330.
- Canton, G.; Giannini, L.; Magni, G.; Bertinaria, A; Cibin, M. & Gallimberti, L. (1988). Locus of control, life events and treatment outcome in alcohol dependent patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(1), 18-23.
- Carrijo, R. S.; Dela Coleta, M. F.; Fonseca, L. N. & Falco, M. A. X. (2006). Aplicação do Modelo de Crenças em Saúde para compreensão de comportamentos de saúde cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial. *Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro*, 10, 62-71.
- Cavaiola, A. A. & DeSordi, E. G. (2000). Locus of Control in drinking offenders and non-Offenders. *Alcoholism Treatment Quarterly Journal*, 18(4), 63-73.
- Churchill, J. C., Broida, J. P. & Nicholson, N. L. (1990). Locus of control and self-esteem of adult children of alcoholics. *Journal on Studies on Alcohol*, 51(4), 373-376.
- Claudino, V. M. & Dela Coleta, M. F. (1997). Barreiras e benefícios percebidos em comportamentos preventivos da doença isquêmica do coração. *Anais do I Seminário de Iniciação Científica*, 62-62.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press.

- Dean, K. (1991). Relationships between knowledge and belief variables and health maintenance behaviors in a danish population over 45 years of age. *Journal of Aging and Health*, 3(3), 386-406.
- Dela Coleta, J. A. & Dela Coleta, M. F. (2006). *Atribuição de causalidade: teoria, pesquisa e aplicações*. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Dela Coleta, J. A. (1982). *Atribuição de causalidade: teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro: FGV.
- Dela Coleta, M. F. (1987). Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 39(2), 79-97.
- Dela Coleta, M. F. (1995). *O Modelo de Crenças em Saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. 1995. 334 p.
- Dela Coleta, M. F. (2003). Escalas para medida das crenças em saúde: construção e validação. *Avaliação Psicológica*, (2)2, 111-122.
- Dela Coleta, M. F. (Org). (2004). *Modelos para Pesquisa e Modificação de Comportamentos de Saúde*. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Dielman, T. E., Camapanelli, P. C., Shope, J. T. & Butchart, A. T. (1987). Susceptibility to peer pressure, self-esteem, and health locus of control as correlates of adolescent substance abuse. *Health Education & Behavior*, 14(2), 207-222.
- Donovan, D. M. & O'Leary, M. R. (1978). The drinking related locus of control scale: reliability, factor structure and validity. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(5), 759-784.
- Donovan, D. M. & O'Leary, M. R. (1983). Control orientation, drinking behavior, and alcoholism. In: Lefcourt, H. M. *Research with the locus of control construct: developments and social problems*, vol. 2. Academic Press.
- Dufour, M. C. (1999). What Is Moderate Drinking? Defining "Drinks" and Drinking Levels. *Alcohol Research & Health*, 23(1), 5-14.
- Edwards, G., Marshall, E. J. & Cook, C. H. (1999). *O tratamento do alcoolismo: Um guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Figlie, N. B., Pillon. S. C., Laranjeira, R. R., Dunn, J. (1997). O AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no Hospital Geral?. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46(11), 589-593.
- Focchi, G. R. de A., Leite, M. da C., Laranjeira, R. & Andrade, A. G de. (2001). *Dependência química, novos modelos de tratamento*. São Paulo: Roca.
- Formigoni, M. L O. S. & Castel, S. (1999). Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(1), 5-31.

- Formigoni, M. L. O. S. & Monteiro, M. G. (1997). A etiologia do alcoolismo. In Ramos, S. P. & Bertolote, J. M. *Alcoolismo hoje* (pp. 33-43). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Furtado, E. F. & Yosetake, L. L. (2005). Coisas simples que todo médico pode fazer para tratar o alcoolismo. *Revista Medical Sigma Pharma*, 28-32. Acessado em 22 de março de 2008, <http://www.fmrp.usp.br/paipad/servicos/publicacoes/artigo-sigma-pharma.pdf>
- Galduroz, J. C. & Caetano, R. (2004). Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (S1), 3-6.
- Gambarini, M. A. (1997). Alcoólicos Anônimos. In Ramos, S. P. & Bertolote, J. M. *Alcoolismo hoje* (pp. 217-222). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gigliotti, A. & Bessa, M. A. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 11-13.
- Graffeo, L. C. (2006). Relationship between locus of control and health-related variables. *Education*. Acessado em 21 de setembro de 2007, http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3673/is_200604/ai_n17182809
- Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada dos dados*. 5 ed. Porto Alegre: Bookman.
- Hartmann, D. J. (1999). Replication and extension analyzing the factor structure of locus of control scales for substance-abusing behaviors. *Psychological Reports*, 84(1), 277-287.
- Hirsch, L. S., McCrady, B. S. & Epstein, E. E. (1997). The Drinking-Related Locus of Control Scale: The factor structure with treatment-seeking outpatients. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(2), 162-166
- Huckstadt, A. (1987). Locus of control among alcoholics, recovering alcoholics, and non-alcoholics. *Research in Nursing & Health*, 10(1), 23-28.
- Jungerman, F. S. & Laranjeira, R. (1999). Entrevista Motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(5), 197-207.
- Knapp, P. (1997). Prevenção da Recaída. In Ramos, S. P. & Bertolote, J. M. *Alcoolismo hoje* (pp. 173-183). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Keyson, M. & Janda, L. (1972). *Untitled locus of drinking control scale*. St. Luke's Hospital, Phoenix. Unpublished. [versão eletrônica] Alcohol and Drug Abuse Institute, University of Washington. Acessado em 11 de abril de 2007, http://adai.washington.edu/instruments/pdf/Drinking_Related_Internal_External_Locus_of_Control_Scale_103.pdf
- Kingree, J., Simpson, A., Thompson, M., McCrady, B., Tonigan, J.S., & Lautenschlager, G. (2006). The development and initial evaluation of the survey of readiness for Alcoholics Anonymous participation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 453-462.

- Kingree, J.B., Simpson, A., Thomson, M., McCrady, B., & Tonigan, J.S. (2007). The predictive validity of the survey of readiness for Alcoholics Anonymous participation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(1), 141-148.
- Laranjeira, R. & Pinsky, I. (2000). *O alcoolismo*. 6 ed. São Paulo: Contexto.
- Laranjeira, R. et al. (2003). *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. 2 ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira.
- Laranjeira, R., Nicastri, S., Jerônimo, C., et al. (2000). Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 62-71.
- Lefcourt, H. M. (1976). *Locus of control current trends in theory and research*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leigh, B. C. & Stacy, A. W. (2004). Alcohol expectancies and drinking in different age groups. *Addiction*, 99(2), 215-227.
- Lima, C. T.; Freire, A. C.; Silva, A. P.; Teixeira, R. M.; Farrell, M. & Prince, M. (2005). Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. *Alcohol & Alcoholism*, 40(6), 584-589.
- Magnabosco, M. B.; Formigoni, M. L. O. S. & Ronzani, T. M. (2007). Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(4), 637-647.
- Marchiori, E., Loshci, P. L., Marconi, D. M & Pavan, L. (1999). Dependence, locus of control, parental bonding, and personality disorders: a study in alcoholics and controls. *Alcohol & Alcoholism*, 34(3), 396-401.
- Marlatt, A. & Gordon, J. (1993). *Prevenção da recaída: Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Meloni, J. N. & Laranjeira, R. (2004). Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 7-10.
- Mendez, B. E. (1999). *Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul.
- Mendonza-Sassi, R. A. & Béria, J. U. (2003). Prevalence of Alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*, 98, 799-804.
- Mesrian, P. (1998). *Analytical description of psychological constructs of women who drink alcohol during pregnancy*. Dissertação de Mestrado. Resumo disponível nas bases de dados PsycINFO. Acessado em 16 de Outubro de 2007.

- Micheli, D. de, Fisberg, M. & Formigoni, M. L. O. S. (2004). Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(3), 305-313.
- Miles, J. & Shevlin, M. (2001). *Applying Regression & Correlation: a guide for students and researchers*. London: SAGE Publications.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional – preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ministério da Saúde (2003). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção a Saúde, CN-DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 56 p.
- Minugh, P. A.; Rice, C. & Young, L. (1998). Gender, Health beliefs, Health behaviors, and alcohol consumption. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 24(3), 483-497.
- Moraes, E., Campos, G. M., Figlie, N. B., Laranjeira, R. R. & Ferraz, M. B. (2006). Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(4), 3215-325.
- Murray, T. S., Goggin, K. & Malcarne, V. L. (2006). Development and validation of the alcohol-related God locus of control scale. *Addictive Behaviors*, 31(3), 553-558.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA (2003). *Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers*. 2 ed. [versão eletrônica]. Washington DC: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. Acessado em 25 de Outubro de 2007, <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Assesing%20Alcohol/index.htm>
- Newsome, R. D. (1986). *An Analysis of the Relationship between Control Discrimination Accuracy and Alcohol Abuse in the United States Air Force*. Tese Doutorado (Resumo). 283 p. Acessado em 16 de outubro de 2007, <http://stinet.dtic.mil/oai/oai?&verb=getRecord&metadataPrefix=html&identifier=ADA170674>
- Niazi, R. S., Pervaiz, R., Minhas, F. A. & Najam, N. (2005). Locus of control and personality traits of male substance abusers and non abusers. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 2(1), 41-44.
- Norman, P., Bennett, P., Smith, C. & Murphy, S. (1998). Health locus of control and health behaviour. *Journal of Health Psychology*, 3(2), 171-180.
- Oliveira, M. (2000). *Eficácia da intervenção motivacional em dependentes do álcool*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- Oliveira, M. da S., Laranjeira, R., Araújo, R. B., Camilo, R. L., & Schneider, D. D. (2003). Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 225-270.

- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual-prático de elaboração*. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM.
- Pasquali, L. (2004). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Pasquali, L. (2005). *Análise Fatorial para pesquisadores*. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM.
- Pasquali, L., Alves, A. R., & Pereira, M. A. M. (1998). Escala de locus de controle ELCO/TELEBRÁS. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(2), 363-378.
- Paz filho, G. J. da, Sato, L. J., Tuleski, M. J. Takata, S. Y., Ranzi, C. C. C., Saruhashi, S. Y. & Spadoni, B. (2001). Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47(1), 65-69.
- Peuker, A. C., Fogaça, J. & Bizarro, L. (2006). Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 193-200.
- Pillon, S. C. & Luis, M. A. V. (2004). Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 676-682.
- Prado, M. A. S, Mamede, M. V., Almeida, A. M & Clapis, M. J. (2004). A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 494-502.
- Pryer, M. W. & Distefano Jr, M. K. (1977). Correlates of locus of control among male alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 33(S1), 300-303.
- Rodrigues, A. P.; Oliveira, A. S.; Zaleski, E. G. F.; Arantes, S. L. (2007). Avaliação do nível de propensão para o desenvolvimento do alcoolismo entre estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade católica Dom Bosco. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 3(1). Acessado em 21 de fevereiro de 2008, <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/smad/v3n1/v3n1a05.pdf>
- Ronzani, T. M. (2008). Padrão de uso de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde: estudo comparativo. *Revista de APS – Atenção Primária à Saúde*, 11(2), 163-171.
- Ronzani, T. M. et al (2007). Detecção dos padrões de uso do álcool associada a uma intervenção nos policiais militares de Juiz de Fora – MG. *Resumos de Comunicação científica da XXXVII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*.

- Ronzani, T. M.; Amato, T. C.; Silveira, P. S.; Oliveira, J. S. & Lisboa, F. S. (2007). Avaliação do padrão de uso do álcool e sua relação com variáveis sócio-demográficas entre pacientes da atenção primária à saúde da cidade de Juiz de Fora – MG. *Resumos de Comunicação científica da XXXVII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 12(2), 185-210.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175-183.
- Scali, D. F. & Ronzani, T. M. (2007). Estudo das expectativas e crenças pessoais acerca do uso de álcool. SMAD, *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 3(1), 00-00. Acessado em 18 de Fevereiro de 2008, http://pepsic.bvs-psi.org.br:80/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1806-69762007000100004&lng=pt
- Secretaria Nacional Antidrogas (2007). *I Levantamento Nacional sobre os padrões de álcool na população brasileira*. [Versão eletrônica] Brasília. 76 p. Acessado em 03 de Setembro de 2007, http://www.senad.gov.br/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf
- Segatto, M. L., Silva, R. S., Laranjeira, R. & Pinsky, I. (2008). O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(4), 138-143.
- Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento (SUPERA), (2006). *Módulo 3: Detecção do uso abusivo e diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Steptoe, A. & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*, 94(4), 659-972.
- Surgenor, L. J. (2006). Alcohol dependence and psychological sense of control: refining the links. *New Zealand Journal of Psychology*. Acessado em 29 de agosto de 2007, http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3848/is_200611/ai_n17193557
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using a multivariate statistics*. New York: Harper Collings Publishers.
- Tanck, R. H. & Robbins, P. R. (1979). Assertiveness, locus of control and coping behaviors used to diminish tension. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 396-400.
- Vielva, I. & Iraugi, I. (2001). Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction*, 96(2), 297-303.
- Walker, S. & Cosden, M. (2007). Reliability of college student self-reported drinking behavior. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(4), 405-409.

- Wallston, K. A., Wallston, B. S., De Vellis, R. (1978). Development of the multi-dimensional health locus of control (MHLC) Scales. *Health Education & Behavior*, 6, 161-70.
- Weissbach, T. A.; Vogler, R. E. & Compton, J. V. (1976). Comments on the relationship between locus of control and alcohol abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 32(2), 484-486.
- World Health Organization (1998). *Mental disorder in Primary Care*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health organization, Geneva. [Versão eletrônica]. 105p. Acessado em 27 de Maio de 2008, http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf
- World Health Organization (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva. [Versão eletrônica]. 94p. Acessado em 14 de Maio de 2007, http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
- Yeh, M., Lee, L. & Hwang, F. (2007). The Chinese version of the drinking-related locus-of-control scale: a confirmatory analyses. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 34(3), 333-339.

ANEXO A

ENTREVISTA FASE INICIAL: LEVANTAMENTO DE CRENÇAS

ENTREVISTA PARA LEVANTAMENTO DE CRENÇAS

PARTE I

1	Idade: _____ anos
2	Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino
3	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Desquitado(a)/separado(a) ou divorciado(a)
4	Instrução: <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Médio completo <input type="checkbox"/> Superior em andamento <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Pós-graduado
5	Você já procurou alguém (médico ou outro profissional), Alcoólicos Anônimos, clínica, ambulatórios ou outra instituição de tratamento por causa de algum problema relacionado à bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (se sim, quem ou o que? _____)

PARTE II

Este breve questionário foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Você levará apenas dois minutos para respondê-lo.

Leia as questões abaixo e assinale a alternativa mais apropriada ao seu padrão de consumo de álcool ao longo DOS ÚLTIMOS 12 MESES (último ano).

1	Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/> Nunca [vá p/ as questões 9 e 10 dessa página]	<input type="checkbox"/> Mensalmente ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
---	--	---	---	--	---	---

Para responder as próximas duas questões use a tabela de equivalência de doses.

CERVEJA	VINHO GARRAFA	DESTILADO (cachaça, vodca, uísque, conhaque, rum, licor, etc.)
1 lata cerveja = 1 dose	1 taça (90ml) = 1 dose	1 “copo” (30 ml) = 1 dose
1 garrafa = 2 doses	1 copo comum = 2 doses	1 “copo americano” = 3 doses
1/2 garrafa = 1 dose	1 garrafa = 8 doses	1/4 garrafa = 8 doses
1 garrafa long neck = 1 dose	3/4 garrafa = 6 doses	1/2 garrafa = 16 doses
	1/2 garrafa = 4 doses	3/4 garrafa = 24 doses
	1/4 garrafa = 2 doses	1 garrafa = 32 doses
CHOPE	VINHO GARRAÇÃO	
1 copo = 1 dose	1 garração = 36 doses	
	1/2 garração = 18 doses	
	3/4 garração = 27 doses	
	1/4 garração = 9 doses	
BEBIDAS ICE		
1 garrafa de ice = 1 dose		
1 lata de ice = 1 dose		

2	Nas ocasiões em que bebe, quantas doses [ver tabela] você consome tipicamente ao beber?	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 ou 4	<input type="checkbox"/> 5 ou 6	<input type="checkbox"/> 7, 8 ou 9	<input type="checkbox"/> 10 ou mais
3	Com que frequência que você toma “cinco ou mais doses” [ver tabela] de uma vez?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Todos ou quase todos os dias

4	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Todos ou quase todos os dias
5	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Todos ou quase todos os dias
6	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Todos ou quase todos os dias
7	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Todos ou quase todos os dias

8	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Todos ou quase todos os dias
9	Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sim, nos últimos 12 meses		
10	Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sim, nos últimos 12 meses		

PARTE III

Esta é uma pesquisa de opinião. Os médicos costumam dar conselhos às pessoas em geral, para que tenham saúde e uma vida longa. Alguns destes conselhos nos parecem fáceis de seguir, outros mais difíceis e outros até impossíveis. Eu gostaria que você respondesse algumas perguntas sobre as dificuldades que as pessoas têm com relação à bebida alcoólica.

1. Você acha que as pessoas deveriam evitar o consumo de bebidas alcoólicas?

Sim () Não () Em parte ()

Por quê?

Você faz isso?

Sim () Não () Em parte ()

Por quê?

Qual é a sua principal dificuldade em ficar sem beber?

ANEXO B

QUESTIONÁRIO FASE FINAL

QUESTIONÁRIO

Este questionário contém 79 questões de múltipla-escolha.

Marque apenas uma alternativa dentro de cada questão.

Não há respostas certas nem erradas, o que interessa é sua opinião sincera.

Como pode ser observado, **não há necessidade de colocar o seu nome e nem assiná-lo.**

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA!

PARTE I

1	Idade: _____ anos
2	Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino
3	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Desquitado(a)/separado(a) ou divorciado(a)
4	Instrução: <input type="checkbox"/> Não completei o Ensino Fundamental (8ª série) <input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Médio completo <input type="checkbox"/> Superior em andamento <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Pós-graduado
5	Você já procurou alguém (médico ou outro profissional), Alcoólicos Anônimos, clínica, ambulatórios ou outra instituição de tratamento por causa de algum problema relacionado à bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (se sim, quem ou o que? _____)

PARTE II

Este breve questionário foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Você levará apenas dois minutos para respondê-lo.

Leia as questões abaixo e assinale a alternativa mais apropriada ao seu padrão de consumo de álcool ao longo **DOS ÚLTIMOS 12 MESES** (último ano).

1	Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Mensalmente ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
---	--	--------------------------------	---	--	---	---

[vá p/ as questões 9 e 10 dessa página]

Para responder as próximas duas questões use a tabela de equivalência de doses.

CERVEJA	VINHO GARRAFA	DESTILADO (cachaça, vodca, uísque, conhaque, rum, licor, etc.)
1 lata cerveja = 1 dose	1 taça (90ml) = 1 dose	1 “copo” (30 ml) = 1 dose
1 garrafa = 2 doses	1 copo comum = 2 doses	1 “copo americano” = 3 doses
1/2 garrafa = 1 dose	1 garrafa = 8 doses	1/4 garrafa = 8 doses
1 garrafa long neck = 1 dose	3/4 garrafa = 6 doses	1/2 garrafa = 16 doses
	1/2 garrafa = 4 doses	3/4 garrafa = 24 doses
	1/4 garrafa = 2 doses	1 garrafa = 32 doses
CHOPE	VINHO GARRAFÃO	
1 copo = 1 dose	1 garrafão = 36 doses	
	1/2 garrafão = 18 doses	
	3/4 garrafão = 27 doses	
	1/4 garrafão = 9 doses	
BEBIDAS ICE		
1 garrafa de ice = 1 dose		
1 lata de ice = 1 dose		

2	Nas ocasiões em que bebe, quantas doses [ver tabela] você consome tipicamente ao beber?	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 ou 4	<input type="checkbox"/> 5 ou 6	<input type="checkbox"/> 7, 8 ou 9	<input type="checkbox"/> 10 ou mais
3	Com que frequência que você toma “cinco ou mais doses” [ver tabela] de uma vez?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Todos ou quase todos os dias

4	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Todos ou quase todos os dias
5	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Todos ou quase todos os dias
6	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Todos ou quase todos os dias
7	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Todos ou quase todos os dias

8	Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Todos ou quase todos os dias
9	Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sim, nos últimos 12 meses		
10	Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sim, nos últimos 12 meses		

PARTE III

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das frases seguintes e assinale a alternativa que melhor representa sua opinião sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

Responda de acordo com suas crenças, e não de acordo com o que você pensa que deveria acreditar. Não há crenças certas ou erradas. E lembre-se: sua resposta deve refletir o que você acredita.

		discordo totalmente	discordo em parte	indeciso	concordo em parte	concordo totalmente
1	O álcool pode levar a perda de controle, tolerância (doses cada vez maiores para se obter os mesmos efeitos de antes) e dependência.	<input type="checkbox"/>				
2	A bebida alcoólica dá prazer.	<input type="checkbox"/>				
3	O álcool leva a problemas financeiros.	<input type="checkbox"/>				
4	O álcool ajuda a lidar com situações estressantes.	<input type="checkbox"/>				
5	O álcool leva a violência, confusões e acidentes.	<input type="checkbox"/>				
6	O álcool ajuda a deixar a pessoa mais desinibida.	<input type="checkbox"/>				
7	O álcool leva a outras drogas.	<input type="checkbox"/>				
8	O álcool ajuda a relaxar e esquecer os problemas.	<input type="checkbox"/>				
9	O álcool traz problemas no trabalho.	<input type="checkbox"/>				
10	O álcool não faz mal para quem bebe com moderação.	<input type="checkbox"/>				
11	O álcool altera o comportamento.	<input type="checkbox"/>				
12	Ficar sem a bebida alcoólica traz sintomas desagradáveis ou de desconforto.	<input type="checkbox"/>				
		discordo totalmente	discordo em parte	indeciso	concordo em parte	concordo totalmente

		discordo totalmente	discordo em parte	indeciso	concordo em parte	concordo totalmente
13	O álcool prejudica a moral e a credibilidade.	<input type="checkbox"/>				
14	Quem tem o hábito de beber tem dificuldades em ficar sem a bebida alcoólica.	<input type="checkbox"/>				
15	O álcool é prejudicial à vida da pessoa.	<input type="checkbox"/>				
16	É difícil controlar a vontade de beber.	<input type="checkbox"/>				
17	O álcool prejudica relacionamentos interpessoais e familiares.	<input type="checkbox"/>				
18	É difícil frequentar ambientes que têm bebida alcoólica e não beber.	<input type="checkbox"/>				
19	O álcool causa problemas à saúde.	<input type="checkbox"/>				
20	É difícil evitar a bebida alcoólica quando têm pessoas próximas que bebem.	<input type="checkbox"/>				
21	Um dos problemas de evitar a bebida alcoólica é deixar de sair com os amigos e sentir-se só.	<input type="checkbox"/>				
		discordo totalmente	discordo em parte	indeciso	concordo em parte	concordo totalmente

PARTE IV

As questões seguintes são para entender como determinados eventos em nossa sociedade afetam diferentes pessoas. Por favor, escolha uma opção de resposta (e somente uma) que você acredita mais fortemente dizer respeito a você. Como se trata de crenças pessoais, não há respostas certas ou erradas.

Por favor, responda esses itens cuidadosamente, mas não gaste muito tempo em nenhum item. Procure uma resposta para cada alternativa. Em alguns momentos você pode ficar em dúvida. Nesses casos esteja certo em assinalar aquela opção que acredita mais fortemente dizer respeito a você. Além disso, não se deixe influenciar pelas respostas anteriores.

		discordo totalmente	discordo em parte	indeciso	concordo em parte	concordo totalmente
1	Às vezes eu tenho tantos problemas que eu preciso de uma bebida.	<input type="checkbox"/>				
2	A idéia de que homens e mulheres são levados a beber por influência de seus cônjuges é errada.	<input type="checkbox"/>				
3	Sinto-me tão desamparado em algumas situações que eu preciso de uma bebida.	<input type="checkbox"/>				
4	Eu tenho força para resistir à bebida quando sinto pressões no trabalho.	<input type="checkbox"/>				

		discordo totalmente	discordo em parte	indeciso	concordo em parte	concordo totalmente
5	Sem as oportunidades ou chances certas não se pode permanecer sóbrio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Não existe situação nem tentação irresistível que me leve a beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Eu fico tão perturbado com pequenas discussões que elas me levam a beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Derrotar o alcoolismo com sucesso é uma questão de trabalho duro, a sorte tem pouco a ver com isso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Quando eu vejo uma garrafa, eu não posso resistir a beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Eu sempre sou capaz de decidir se vou beber ou não.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Quando eu estou em uma festa onde os outros estão bebendo, eu consigo evitar beber se eu quiser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Para ter sucesso em parar de beber é preciso ter sorte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Eu me sinto incapaz de não beber quando estou ansioso ou triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	No que diz respeito a beber, a maioria de nós é vítima de forças que não podemos entender ou controlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Eu tenho controle sobre meu comportamento de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Se eu quiser muito eu posso mudar meu comportamento de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Com esforço suficiente nós podemos derrotar nosso consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Se alguém me oferece uma bebida, eu não consigo recusar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Às vezes eu não consigo entender como as pessoas controlam seu consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Eu posso superar minha vontade de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Na maioria das vezes eu não consigo entender porque eu continuo bebendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Se eu decidir, eu consigo parar de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	As pessoas bebem porque as circunstâncias as forçam a beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Os problemas relacionados com a bebida são influenciados por fatos que acontecem por acaso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Abstinência é só uma questão de decidir se eu quero parar de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		discordo totalmente	discordo em parte	indeciso	concordo em parte	concordo totalmente

		discordo totalmente	discordo em parte	indeciso	concordo em parte	concordo totalmente
26	Problemas no trabalho ou em casa me levam a beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	O sucesso dos alcoólatras em controlar seu consumo de álcool depende deles aceitarem ajuda de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Muitas vezes existem circunstâncias que te forcem a beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Normalmente eu posso lidar com discussões sem precisar tomar uma bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Manter-se sóbrio depende principalmente das coisas irem bem para você.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Eu posso resistir a tomar uma bebida mesmo quando estou perto de uma garrafa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Muitas vezes são os outros que levam uma pessoa a beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	É impossível eu resistir a uma bebida se estou em uma festa onde os outros estão bebendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Parar de beber depende muito do esforço e trabalho árduo (sorte tem pouco ou nada a ver com isso).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Se eu realmente quiser, eu posso deixar de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Pela participação ativa em programas de tratamento, qualquer pessoa pode controlar seu consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Eu me sinto completamente impotente quando se trata de resistir à bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Depois da primeira dose, é muito difícil ter controle da quantidade de bebida que se toma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Eu tenho força para recusar uma bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Existe uma relação direta entre o quanto as pessoas tentam e quanto sucesso elas têm em parar de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Quando eu começo a beber, eu não consigo parar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Eu não tenho força de vontade quando se trata de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Eu conseguiria nunca mais beber se fosse necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		discordo totalmente	discordo em parte	indeciso	concordo em parte	concordo totalmente

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFU



Universidade Federal de Uberlândia
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
 Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4531

ANÁLISE FINAL Nº 036/08 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU: 007/08

Projeto Pesquisa: "Crenças em saúde e lócus de controle relacionados ao uso nocivo e dependência de álcool".

Pesquisador Responsável: Marília Ferreira Dela Coleta

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data para entrega do **Relatório Final: Dezembro/2008**

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO.

Uberlândia, 19 de Fevereiro de 2008.

Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Prof.ª. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS..

ANEXO D

**ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA APRESENTADOS AO PRÓ-REITOR
DE RECURSOS HUMANOS DA UFU**

Uberlândia, 27 de Novembro de 2007

Dr. Guilherme Gregório
Pró-Reitor de Recursos Humanos

Ilmo. Professor

Vimos, por meio desta, solicitar a V. Sa. a autorização para desenvolver um estudo junto aos servidores da Universidade Federal de Uberlândia.

Esta pesquisa faz parte de uma dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFU e um de seus objetivos é levantar dados sobre o padrão de uso de álcool (consumo de risco, uso nocivo e dependência de álcool) entre os servidores.

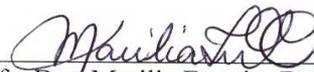
Salientamos que a pesquisa tem o propósito de procurar explicações psicológicas para a tendência do ser humano em relação ao consumo de bebidas alcoólicas e, desta forma, contribuir para o conhecimento científico na área e sugerir alternativas preventivas e de apoio a serem utilizadas pelos órgãos de assistência social e/ou de saúde, em diferentes níveis de serviço e contextos.

Ao mesmo tempo, solicitamos sua autorização para desenvolver o estudo nas dependências da UFU e durante o horário de trabalho. A coleta de dados deverá ser agendada com os responsáveis pelos setores e o questionário será aplicado aos funcionários que aceitarem colaborar, respondendo as questões de forma anônima e sigilosa, em um tempo máximo de 20 minutos.

Para isso é necessário que nos informe o número de servidores da UFU por setor, que será utilizado para determinar a amostra da pesquisa no projeto, que será encaminhado brevemente ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFU.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos pelos telefones e e-mails em anexo.

Atenciosamente,



Prof. Dra. Marília Ferreira Dela Coleta
Psicóloga e Professora do Instituto de Psicologia – UFU
Orientadora do PGPSI – UFU



Carla Costa Farnesi
Psicóloga
Mestranda do PGPSI – UFU

Recebi em 27/11/2007
E.M. Rodrigues

ANEXO E

**DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA PELO
PRÓ-REITOR DE RECURSOS HUMANOS DA UFU**

D E C L A R A Ç Ã O

Declaro que recebi um resumo do projeto de pesquisa intitulado "Crenças em Saúde e Locus de Controle relacionados à Síndrome da Dependência do Álcool" que faz parte de uma dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PGPSI) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), de responsabilidade das pesquisadoras: Carla Costa Farnesi (Mestranda do PGPSI) e Dra. Marília Ferreira Dela Coleta (orientadora do PGPSI) e que fui informado dos objetivos e procedimentos de coleta de dados do estudo.

Sendo assim, autorizo o desenvolvimento desse estudo junto aos servidores da UFU em suas dependências e durante o horário de trabalho.

Uberlândia, 27 de Novembro de 2007


Dr. Guilherme Gregório

Pró-Reitor de Recursos Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
guilherme gregório
Pró-Reitor de Recursos Humanos

ANEXO F

VERSÃO ORIGINAL (EM INGLÊS) ESCALA DRIE
(Drinking Related Internal-External Locus of Control Scale)

Drinking Related Internal-External Locus of Control Scale

These are questions to find out the way in which certain important events in our society affect different people. Each item consists of a pair of alternatives. Please select the one statement of each pair (and only one) which you more strongly believe to be the case as far as you are concerned. Be sure to select the one you actually believe to be more true rather than the one you would like to be true. This is a measure of personal belief: obviously there are no right or wrong answers.

Please answer these items carefully but do not spend too much time on any one item. Be sure to find an answer for every choice. Find the number of the item and check one of the boxes, whichever one you choose to be the one more true. In some instances you may discover that you believe both statements or neither one. In such cases, be sure to select the one you more strongly believe to be the case as far as you're concerned. Also try to respond to each item independently when making your choice; do not be influenced by your previous choices.

1.	<input type="checkbox"/> One of the major reasons why people drink is because they cannot handle their problems. <input type="checkbox"/> People drink because circumstances force them to.
2.	<input type="checkbox"/> The idea that men or women are driven to drink by their spouses is nonsense. <input type="checkbox"/> Most people do not realize that drinking problems are influenced by accidental happenings.
3.	<input type="checkbox"/> I feel so helpless in some situations that I need a drink. <input type="checkbox"/> Abstinence is just a matter of deciding that I no longer want to drink.
4.	<input type="checkbox"/> I have the strength to withstand pressures at work. <input type="checkbox"/> Trouble at work or home drives me to drink.
5.	<input type="checkbox"/> Without the right breaks one cannot stay sober. <input type="checkbox"/> Alcoholics who are not successful in curbing their drinking often have not taken advantage of help that is available.
6.	<input type="checkbox"/> There is no such thing as an irresistible temptation to drink. <input type="checkbox"/> Many times there are circumstances that force you to drink.
7.	<input type="checkbox"/> I get so upset over small arguments, that they cause me to drink. <input type="checkbox"/> I can usually handle arguments without taking a drink.
8.	<input type="checkbox"/> Successfully licking alcoholism is a matter of hard work, luck has little to do with it. <input type="checkbox"/> Staying sober depends mainly on things going right for you.
9.	<input type="checkbox"/> When I see a bottle, I cannot resist taking a drink. <input type="checkbox"/> It is no more difficult for me to resist drinking when I am near a bottle than when I am not.
10.	<input type="checkbox"/> The average person has an influence on whether he drinks or not. <input type="checkbox"/> Oftentimes, other people drive one to drink.
11.	<input type="checkbox"/> When I am at a party where others are drinking, I can avoid taking a drink. <input type="checkbox"/> It is impossible for me to resist drinking if I am at a party where others are drinking.
12.	<input type="checkbox"/> Those who are successful in quitting drinking are the ones who are just plain lucky. <input type="checkbox"/> Quitting drinking depends upon lots of effort and hard work (luck has little or nothing to do with it).
13.	<input type="checkbox"/> I feel powerless to prevent myself from drinking when I am anxious or unhappy. <input type="checkbox"/> If I really wanted to, I could stop drinking.
14.	<input type="checkbox"/> It is easy for me to have a good time when I am sober. <input type="checkbox"/> I cannot feel good unless I am drinking.

15.	<input type="checkbox"/> As far as drinking is concerned, most of us are victims of forces we can neither understand or control. <input type="checkbox"/> By taking an active part in our treatment programs, we can control our drinking.
16.	<input type="checkbox"/> I have control over my drinking behavior. <input type="checkbox"/> I feel completely helpless when it comes to resisting a drink.
17.	<input type="checkbox"/> If people want to badly enough, they can change their drinking behavior. <input type="checkbox"/> It is impossible for some people to ever stop drinking.
18.	<input type="checkbox"/> With enough effort we can lick our drinking. <input type="checkbox"/> It is difficult for alcoholics to have much control over their drinking.
19.	<input type="checkbox"/> If someone offers me a drink, I cannot refuse him. <input type="checkbox"/> I have the strength to refuse a drink.
20.	<input type="checkbox"/> Sometimes I cannot understand how people can control their drinking. <input type="checkbox"/> There is a direct connection between how hard people try and how successful they are in stopping their drinking.
21.	<input type="checkbox"/> I can overcome my urge to drink. <input type="checkbox"/> Once I start to drink I can't stop.
22.	<input type="checkbox"/> Drink isn't necessary in order to solve my problems. <input type="checkbox"/> I just cannot handle my problems unless I take a drink first.
23.	<input type="checkbox"/> Most of the time I can't understand why I continue drinking. <input type="checkbox"/> In the long run, I am responsible for my drinking problems.
24.	<input type="checkbox"/> If I make up my mind, I can stop drinking. <input type="checkbox"/> I have no will power when it comes to drinking.
25.	<input type="checkbox"/> Drinking is my favorite form of entertainment. <input type="checkbox"/> It wouldn't bother me if I could never have another drink.

ANEXO G

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DOS JUÍZES DA ESCALA DRIE

ESCALA DE LOCUS DE CONTROLE DO COMPORTAMENTO DE BEBER

Prezado avaliador. Obrigada por colaborar na avaliação deste instrumento que pretende medir o locus de controle do comportamento de beber. Sua tarefa será verificar o conteúdo de cada item e indicar sua pertinência a cada uma das fontes de controle, de acordo com a definição dada abaixo. Para aqueles itens que não se adequem a nenhuma das dimensões de controle, solicitamos que nos dê uma sugestão do item modificado e indique a dimensão à qual deveria pertencer. Indique apenas qual é o conteúdo dos itens, não importando se você concorda ou não com sua proposição.

- Controle interno (pessoal):** sentimento da pessoa de que é capaz de controlar seu comportamento de beber.
- Controle externo-circunstâncias:** percepção da pessoa de que seu comportamento de beber é determinado pelas circunstâncias que acontecem ao acaso.
- Controle externo-outras pessoas:** percepção da pessoa de que seu comportamento de beber é determinado ou depende de outras pessoas.
- Falta de controle pessoal:** sentimento da pessoa de que não é capaz de controlar seu comportamento de beber.
- Comportamento de beber:** consumo de bebidas alcoólicas.

		interno, pessoal	externo- circunstâncias	externo- outras pessoas	falta de controle pessoal	nenhuma das anteriores
1	Uma das principais razões porque as pessoas bebem é que elas não conseguem lidar com seus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	A idéia de que homens e mulheres são levados a beber por seus cônjuges é absurda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Sinto-me tão desamparado em algumas situações que eu preciso de uma bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Eu tenho a força de resistir às pressões no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Sem as oportunidades ou chances corretas não se pode permanecer sóbrio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Não há nada como uma irresistível tentação de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Eu fico tão perturbado com pequenas discussões que elas me levam a beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Derrotar o alcoolismo com sucesso é uma questão de trabalho duro, a sorte tem pouco a ver com isso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Quando eu vejo uma garrafa, eu não posso resistir a beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	As pessoas em geral conseguem decidir se elas vão beber ou não.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		interno, pessoal	externo- circunstâncias	externo- outras pessoas	falta de controle pessoal	nenhuma das anteriores

		interno, pessoal	externo- circunstâncias	externo- outras pessoas	Falta de controle pessoal	nenhuma das anteriores
11	Quando eu estou em uma festa onde os outros estão bebendo, eu consigo evitar beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Aqueles que têm sucesso em parar de beber são simplesmente aqueles que têm sorte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Eu me sinto impotente para me impedir de beber quando estou ansioso ou triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Para mim, é fácil me divertir quando estou sóbrio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	No que diz respeito a beber, a maioria de nós é vítima de forças que não podemos entender ou controlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Eu tenho controle sobre meu comportamento de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Se as pessoas quiserem muito elas podem mudar seu comportamento de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Com esforço suficiente nós podemos derrotar nosso consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Se alguém me oferece uma bebida, eu não consigo recusar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Às vezes eu não consigo entender como as pessoas controlam seu consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Eu posso superar minha vontade de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Não é necessário beber para resolver meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Na maioria das vezes eu não consigo entender porque eu continuo bebendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Se eu decidir, eu consigo parar de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Beber é minha forma favorita de divertimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	As pessoas bebem porque as circunstâncias as forçam a beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	A maioria das pessoas não percebe que os problemas relacionados com a bebida são influenciados por fatos que acontecem por acaso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Abstinência é só uma questão de decidir se eu não quero mais beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Problemas no trabalho ou em casa me levam a beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		interno, pessoal	externo- circunstâncias	externo- outras pessoas	falta de controle pessoal	nenhuma das anteriores

		interno, pessoal	externo- circunstâncias	externo- outras pessoas	Falta de controle pessoal	nenhuma das anteriores
30	Os alcoólatras que não têm sucesso em controlar seu consumo de álcool muitas vezes não aproveitam as vantagens da ajuda que está disponível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Muitas vezes existem circunstâncias que te forçam a beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Normalmente eu posso lidar com discussões sem precisar tomar uma bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Manter-se sóbrio depende principalmente das coisas irem bem para você.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Para mim, não é mais difícil resistir a beber quando estou perto de uma garrafa do que quando não estou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Muitas vezes são outras pessoas que levam alguém a beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	É impossível para eu resistir a uma bebida se estou em uma festa onde os outros estão bebendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Parar de beber depende muito do esforço e trabalho árduo (sorte tem pouco ou nada a ver com isso).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Se eu realmente quiser, eu posso deixar de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Eu não consigo me sentir bem se não estiver bebendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Pela participação ativa em programas de tratamento, as pessoas podem controlar seu consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Eu me sinto completamente impotente quando se trata de resistir à bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	É impossível para algumas pessoas parar de beber algum dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	É difícil para os alcoólatras ter muito controle sobre seu consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Eu tenho a força de recusar uma bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Existe uma relação direta entre o quanto as pessoas tentam e quanto sucesso elas têm em parar de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Quando que eu começo a beber, eu não consigo parar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Eu não consigo lidar com meus problemas a não ser que eu beba antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Sou responsável pelos problemas que eu tiver relacionados com a bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Eu não tenho força de vontade quando se trata de beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Não me incomodaria se eu nunca mais pudesse beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		interno, pessoal	externo- circunstâncias	externo- outras pessoas	falta de controle pessoal	nenhuma das anteriores

ANEXO H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSICOLOGIA APLICADA

Bloco 2C – Sala 46 – Campus Umuarama – Uberlândia MG – CEP 38400-902 – CP 593 - Fone: (34) 3218-2701
 Site www.fapsi.ufu.br - E-mail: ggpsi@fapsi.ufu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, recebi informações sobre a pesquisa intitulada “CRENÇAS EM SAÚDE E LOCUS DE CONTROLE RELACIONADOS AO USO NOCIVO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL”, sob responsabilidade das pesquisadoras Carla Costa Farnesi e Dra. Marília Ferreira Dela Coleta. Estou ciente que:

1. Essa pesquisa busca conhecer como pensam e se comportam as pessoas de modo geral em relação à bebida alcoólica. O interesse da pesquisa abrange pessoas que bebem e que não bebem, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, escolaridade, etc. Este estudo busca fornecer sugestões para a prevenção e tratamento dos problemas decorrentes do excesso de ingestão de álcool.
2. Para responder o questionário gastarei aproximadamente 20 minutos. Na minha participação responderei perguntas fechadas sobre o consumo de bebidas alcoólicas, sintomas e problemas recentes na vida relacionados a esse consumo, benefícios e barreiras percebidos em evitar bebidas alcoólicas, e o controle relacionado ao consumo de álcool.
3. A obtenção das informações será feita no ambiente de trabalho, conforme combinado entre mim, a instituição, e a pesquisadora.
4. Minha participação é anônima e voluntária. Sou livre para deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem penalidades. Se isso ocorrer, eu não sofrerei nenhum prejuízo ou perda de qualquer espécie. Não terei nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Não haverá risco para mim, nem físico ou psicológico, pois será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade. Os benefícios serão a contribuição com os avanços das pesquisas científicas.
5. Sob nenhuma circunstância meu consumo de álcool será conhecido por outras pessoas, pois o interesse da pesquisa é científico e não se pretende identificar quem bebe e quem não bebe; por isso meu questionário respondido será depositado em uma pasta lacrada e misturado aos demais, não sendo possível identificar minhas respostas nem minha identidade.
6. Se eu precisar esclarecer qualquer dúvida, serei atendido prontamente, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar participando.
7. Autorizo a apresentação e publicação dos dados gerais deste estudo (somente a soma dos resultados de todos os participantes) em congressos e revistas científicas, e sei que ainda assim minha identidade será preservada.

Concordo em participar desta pesquisa, declarando conhecer seus termos (uma cópia desse termo ficará comigo), e afirmo que minha participação é totalmente voluntária e livre. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa poderei entrar em contato com as pesquisadoras.

Data e local da assinatura do termo: Uberlândia, ____/____/2008.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Pesquisadoras: Carla Costa Farnesi (mestranda) e Dra. Marília Ferreira Dela Coleta (orientadora)

Endereço das pesquisadoras: Av. Pará, 1720. Bloco 2C, Jardim Umuarama. (34) 3218-2701.

Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco J. Campus Sta. Mônica – Uberlândia – MG, CEP: 38408-100; Fone: (34) 3239-4531.

ANEXO I

CATEGORIAS LEVANTADAS A PARTIR DO LEVANTAMENTO DE CRENÇAS

(1)
VOCÊ ACHA QUE AS PESSOAS DEVERIAM EVITAR O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS?

Sim, as pessoas deveriam evitar o consumo de álcool porque:
163 respostas

SAÚDE (f = 32)

- Bebida alcoólica traz problemas de saúde (f = 28)
 - Faz mal pra saúde
 - Prejudica a saúde/prejudicial à saúde
 - Não faz bem à saúde
 - Causa problemas à saúde
 - Álcool acaba com a saúde
 - Evitar é ter mais saúde/faz bem para a saúde e evita várias doenças
 - Não é saudável
 - Uso abusivo faz mal à saúde
 - Pode causar cirrose hepática
 - Prejudicial a todo o organismo, não só o fígado
- Bebida atrapalha a alimentar direito (f = 3)
 - Atrapalha a alimentação
- Evitar pela estrutura física (f = 1)

RELACIONAMENTO (relacionamento interpessoal, amizades e problemas e conflitos familiares) (f = 25)

- Evita magoar outras pessoas principalmente família, esposa, filhos e amigos (f = 1)
- Atrapalha os relacionamentos (f = 2)
- Álcool leva a perdas sociais (f = 1)
 - * **FAMILIAR (problemas e conflitos familiares) (f = 16)**
- Bebida alcoólica atrapalha convivência com a família (f = 16)
 - Prejudica os familiares
 - Não faz bem ao relacionamento familiar
 - Atrapalha o relacionamento familiar
 - Leva a problemas na família
 - Acaba com o amor das famílias
 - Leva a brigas na família
 - Só traz indiferenças para a família
 - Faz perder a família
 - Porque o pai perde a confiança no filho
 - * **AMIGOS (f = 5)**
- Perde os amigos (f = 5)
 - Não faz bem ao relacionamento com os amigos
 - Álcool acaba com as amizades
 - Perde o respeito com os amigos

FAZ MAL/ASPECTOS GERAIS (f = 22)

- Bebida alcoólica nunca foi bem vista (f = 1)
- A bebida acaba com as pessoas (f = 1)

- Bebida alcoólica sempre faz mal para a gente (f = 2)
 - Álcool prejudica quem bebe
- Não é bom (f = 3)
 - Porque não presta, não pode
 - Não traz o bem
- Só traz prejuízo (f = 2)
 - Só traz malefícios
- A bebida não leva a nada (f = 4)
 - Não há benefício nenhum em beber
 - Não leva a lugar nenhum
 - Bebida não traz vantagem para ninguém
- Bebida alcoólica acaba com a vida, só atrasa a vida (f = 1)
- Bebida não serve de remédio para ninguém (f = 1)
- O álcool é muito perigoso (f = 1)
- A pessoa vai se destruindo, mesmo não sendo uso abusivo (f = 1)
- Prejudica a população (f = 2)
 - Traz transtornos a sociedade
- Causa vários transtornos em todas as áreas da nossa vida (f = 1)
- Sei que o álcool me levou para o fundo do poço (f = 1)
- É a porta do inferno (f = 1)

VICIO/FALTA DE CONTROLE (f = 15)

- Porque começa bebendo pouco por brincadeira e depois vai aumentando a dose (f = 6)
 - O álcool vicia, começa bebendo pouco e de repente vai aumentando
 - Porque no começo domina mas depois perde o controle
 - Porque a pessoa pode acabar exagerando, um dia ela pode exagerar, não há controle
 - A maioria começa com pouco, não consegue se controlar e vira alcoólatra
- O álcool vicia (f = 1)
- O álcool não combina com quem não consegue beber pouco (f = 3)
 - Porque alguns conseguem se controlar e outros não e os que não conseguem controlar precisam parar de beber
 - Quem é compulsivo deveria evitar porque perde o controle na 1ª dose
- Algumas bebem com moderação outras desenvolvem a doença (f = 1)
- Evitar o 1º gole porque torna-se uma doença e o organismo sente a falta (f = 1)
- Porque quando entra, para sair é difícil (f = 1)
- Porque se evitar não precisa fazer tratamento depois (f = 1)
- Porque estou em recuperação numa clínica de dependentes químicos (f = 1)

VIOLÊNCIA/CONFUSÃO/ACIDENTES (f = 14)

- Pode gerar violência doméstica (f = 1)
- As pessoas que bebem ficam agressivas (f = 4)
 - As pessoas ficam violentas
- Bebida faz se envolver em confusão (f = 4)
 - Se envolve em mais problemas, brigas e discussões
- Leva a discussões por bobeira (f = 1)
- Bebida leva a problemas na polícia (f = 1)
- Pode causar brigas com armas brancas (f = 1)
- Álcool leva a acidentes (f = 2)
 - Maioria dos acidentes são em função do alcoolismo

AFETA/ALTERA O COMPORTAMENTO (f = 13)

- Porque não lembra das coisas quando se bebe (f = 1)
- Quando a pessoa bebe ela fala demais (f = 3)
 - Fala coisas que não deve
- Não há necessidade, dá pra curtir a vida com mais visão e enxergar melhor (f = 1)
- Porque deixa a pessoa desinibida e perde a vergonha (f = 1)
- A pessoa faz coisas que não deve (f = 1)
- Há riscos de fazer consumo de álcool e exercer alguma atividade que necessite de atenção e foco (f = 1)
- Tira a pessoa do normal (f = 4)
 - Deixa a pessoa fora de si
 - Muda totalmente o comportamento do ser humano
 - Álcool traz loucuras
- O álcool traz uma alegria falsa (f = 1)

TRANSITO (f = 11)

- O álcool atrapalha a dirigir (f = 2)
- Prejudica o trânsito (f = 2)
 - Não tem atenção no trânsito
- Pode causar acidentes no trânsito (f = 5)
 - Maior causa de acidentes no trânsito
- Pode gerar violência no trânsito (f = 1)
- Se dirigir embriagado coloca a vida de outras pessoas em risco (f = 1)

TRABALHO (problemas ocupacionais) (f = 7)

- Bebida alcoólica atrapalha o trabalho (f = 7)
 - Atrapalha vida profissional
 - Atrapalha o serviço/atrapalhar a arrumar serviço

CREDIBILIDADE/MORAL (f = 6)

- Prejudica a moral e a credibilidade (f = 3)
 - Atrapalha a moral
 - Evitar pela estrutura moral
- O álcool traz irresponsabilidades, deixam de cumprir os compromissos em função do álcool (f = 2)
 - Leva a irresponsabilidades
- Porque a gente perde a confiança na gente (f = 1)

ALCOOL LEVA A OUTRAS DROGAS (f = 6)

- Álcool leva a outras drogas (f = 6)
 - Porta de entrada para outras drogas
 - No meu caso me incita no consumo de drogas

PROBLEMAS FINANCEIROS (f = 4)

- Álcool atrapalha condição financeira (f = 3)
 - Leva a problemas financeiros
 - Gasta muito dinheiro
- Álcool leva a perdas de bens (f = 1)

OUTRAS (f = 8)

- Porque se tivesse parado seria outra pessoa
- Dá pra se divertir sem álcool
- No processo de destilação do álcool a energia negativa impregna passando para a pessoa
- Uma coisa leva a outra
- E por ser uma droga legalizada socialmente
- É a maior droga de consumo no Brasil
- Uso de bebidas alcoólicas é um dos maiores causadores de morte no mundo, mata mais que a AIDS
- O álcool escraviza

Em parte, as pessoas devem evitar em parte o consumo de bebidas alcoólicas porque:

NÃO, PORQUE**NÃO HÁ PROBLEMAS EM BEBER COM MODERAÇÃO ou COM CONTROLE (f = 10)**

- Não vejo problemas na bebida se a pessoa souber beber com limites (não dirigir bêbado por causa dos prejuízos aos outros, família, trabalho e estudo) (f = 1)
- Beber sem prejudicar esses campos não há problema (f = 1)
- Se as pessoas bebessem socialmente a bebida não prejudicava tanto (f = 1)
- Se tiver prejudicando sim, mas se tiver controle e responsabilidade não (f = 1)
- Há pessoas que sabem usar o álcool outras não tem controle (f = 2)
 - Certos tipos de pessoas não sabem consumir a bebida com moderação
- Quem tem controle de beber pode beber normal (f = 1)
- Pessoas normais podem beber porque não tem problema de adicção (f = 1)
- Porque para todos ou para muita gente é normal beber (f = 1)
- A bebida está em toda parte e é difícil recusar (f = 1)

SIM, PORQUE**TRANSITO (f = 2)**

- A bebida atrapalha dirigir se dirigir alcoolizado (f = 2)
 - Álcool leva a acidentes

AFETA/ALTERA O COMPORTAMENTO (f = 2)

- Álcool causa insanidades (f = 2)
 - Álcool altera a mente

ÁLCOOL LEVA A OUTRAS DROGAS (f = 3)

- Abre portas para outras drogas (f = 1)
- Sou compulsivo, bebo até o fim e até usar outras drogas que me levaram ao fundo do poço (f = 1)
- Porque adictos como eu, se beber, vai consumir a droga de preferência (f = 1)

OUTROS (f = 3)

- Uso abusivo faz mal a sociedade (f = 1)
- Danos que causa à saúde se consumido em excesso (f = 1)
- Uso por menores de 18 anos pode levar a dependência (f = 1)

(2)

VOCÊ FAZ ISSO (EVITAR O CONSUMO DE ÁLCOOL)?*Sim, eu evito o consumo de álcool porque:***86 respostas****Benefícios percebidos****SAÚDE (f = 12)**

- Faz mal para a saúde (f = 8)
 - Prejudica a saúde
 - Álcool complicou a saúde
 - Faz mal e fica doente, tira o ânimo
 - Faz mal a saúde física e psicológica
 - Trouxe prejuízos a minha saúde (problemas na cabeça e depressão)
- Desenvolveu pancreatites em função da bebida, se continuasse poderia morrer (f = 1)
- Álcool está me trazendo doenças no fígado, surtos psicóticos e alucinações (f = 1)
- Álcool atrapalha alimentação (f = 2)
 - Não estava me alimentando bem

RELACIONAMENTOS (problemas interpessoais) (f = 9)

- Atrapalha relacionamentos (f = 2)
- Prejudica os familiares (f = 5)
 - Atrapalha a família
 - Traz problemas com a família e com a esposa
 - Por causa da família, pai, mãe
- Perde os amigos (f = 1)
- A vida (família) voltou ao normal depois que parei (f = 1)

ÁLCOOL FAZ MAL/ASPECTOS GERAIS (f = 8)

- Porque me prejudica muito (f = 1)
- Porque sei que o álcool vai me prejudicar (f = 1)
- Não é bom (f = 1)
- Porque sei o mal que faz (f = 1)
- Bebida faz o corpo ficar ruim (f = 1)
- Porque minha família tem problemas com álcool e eu também já tive e sei o descontrole que o álcool me trazia (f = 1)
- Álcool leva a ressaca, dor de cabeça (f = 1)
- Porque não pode (f = 1)

CREDIBILIDADE/MORAL (f = 7)

- Passava vergonha com a bebida (f = 2)
 - Dou vexame
- Perde o respeito com os amigos (f = 1)

- Prejudica a moral e a credibilidade (f = 1)
- Pai perde a confiança no filho (f = 1)
- Porque me chamam de “pingaiada” e “bebim” (f = 1)
- Atrapalha condição moral (f = 1)

QUERER/MOTIVAÇÃO PESSOAL (f = 6)

- Porque sinto vontade de parar (f = 1)
- Porque não quero mais pra mim (f = 1)
- Porque tenho o propósito de sobriedade total (f = 1)
- Quando eu quero sim, quando eu determino (f = 1)
- Bebo por espontânea vontade (f = 1)
- Se precisar por conta de remédios eu paro (f = 1)

TRABALHO (f = 5)

- Bebida atrapalha vida profissional (f = 4)
 - Atrapalha o serviço/trabalho
 - Bebida faz perder serviço
 - Dificulta a arrumar serviço
- Porque estou sem serviço (motorista) (f = 1)

PERDAS (f = 5)

- Bebida faz perder muitas coisas (f = 2)
- Bebida faz perder carro e caminhão (f = 1)
- Porque a gente perde a confiança na gente (f = 1)
- Destruíu muitas coisas: casamento, família, minha saúde (f = 1)

PERDA DE CONTROLE (f = 5)

- Porque começa bebendo pouco, por brincadeira e depois vai aumentando a dose (f = 1)
- Não sei beber, não tenho o controle (f = 1)
- Porque preciso, não tenho o controle, se ingerir a 1ª não paro (f = 2)
 - Se começo a beber, não paro
- Tenho uma doença (f = 1)

AFETA/ALTERA O COMPORTAMENTO (f = 5)

- Não lembrava das coisas quando bebia (f = 1)
- As pessoas sob efeito do álcool dão trabalho e ficam difíceis de lidar (f = 1)
- Álcool me leva a inconsciência (f = 1)
- Fico bêbado e perco a noção da realidade (f = 1)
- O convívio com as pessoas sob efeito do álcool me fez não gostar do álcool (f = 1)

ALCOOL LEVA A OUTRAS DROGAS (f = 4)

- O álcool leva a outras drogas (f = 1)
- Álcool leva a outras drogas (f = 3)
 - Leva ao uso de outras drogas
- Bebo muito pouco e se bebo consumo crack (f = 1)

VIOLÊNCIA/CONFUSÃO/ACIDENTES (f = 3)

- Álcool levou a acidentes (machucou, quebrou braços, nariz, dentes, acidentes de bicicleta) (f = 1)
- Bebida faz se envolver em confusão (f = 1)

- Porque antes quando eu bebia eu arrumava muitos problemas (f = 1)

FAZ BEM EVITAR/ASPECTOS GERAIS (f = 3)

- Me sinto melhor (f = 1)
- Me sinto com mais liberdade (f = 1)
- Para minha melhoria, para evitar overdose (f = 1)

PROBLEMAS FINANCEIROS (f = 2)

- Atrapalha condição financeira (f = 2)
 - Economiza dinheiro

PREJUDICA COMPROMISSOS (f = 2)

- Faz esquecer compromissos e o juízo (f = 1)
- Ser mais pontual com os compromissos (f = 1)

NÃO TEM COMPULSÃO (f = 2)

- Porque não tenho compulsão/fissura (f = 1)
- Porque não sinto falta (f = 1)

ESTÁ EM TRATAMENTO (f = 2)

- Porque estou em tratamento (f = 2)
 - Porque estou em uma instituição de contenção onde não há álcool, mas antes eu era um alcoólatra

OUTROS (f = 6)

- Álcool atrapalha higiene pessoal (f = 1)
- Álcool engorda (f = 1)
- Porque é bom ficar sóbria e consciente (f = 1)
- Porque não gosto muito de beber (f = 1)
- Bebo só nos fins de semana (f = 1)
- Bebo em situações programadas com intuito de diversão, socialização e relaxamento (f = 1)

Não, eu não evito o consumo de álcool porque:

19 respostas

Barreiras percebidas:

GOSTAR DE BEBER (f = 5)

- Porque gosto de beber. Principalmente em festas e bares (**f = 4**)
 - Porque gosto de beber
 - Gosto de sair e tomar cerveja com os namorado/amigos
 - Gostava de beber
- Bebo há 20 anos e gosto do prazer de beber, só acho que o consumo deve ser moderado (f = 1)

TENHO CONTROLE (f = 3)

- Porque não bebo quando vou dirigir e trabalhar, sei controlar (f = 1)
- Porque não ultrapasso os limites que acarretam problemas a mim e aos outros (f = 1)
- Porque não sinto vontade de beber sempre (f = 1)

EFEITOS (f = 3)

- Me soltar com os amigos e me sentir livre (f = 1)
- “Bebo para aliviar um pouco da onda antes e depois de usar” (a droga) (f = 1)
- “gosto de me esconder atrás das minhas loucuras” (f = 1)

NÃO CONSIGO PQ NÃO TER CONTROLE (f = 2)

- Não tenho o controle (f = 1)
- Não sei parar sozinho (f = 1)

ALCOOL AJUDA A RELAXAR E ESQUECER PROBLEMAS (f = 2)

- Bebo em momentos de depressão para esquecer as dívidas, os problemas em casa, as discussões com a esposa, o chefe enjoado no trabalho, mas depois a depressão e o estresse aumenta mais (f = 1)
- Bebo por raiva, quando estou nervoso com alguma coisa (f = 1)

NÃO TEM INTENÇÃO DE EVITAR (f = 1)

- No momento não quero e não penso (f = 1)

ALCOOL DEIXA A PESSOA DESINIBIDA (f = 1)

- Bebo para me sentir a vontade com meus amigos e principalmente com as mulheres (f = 1)

OUTROS (f = 2)

- Porque não sinto diferenças no organismo quando bebe, não faz efeito (f = 1)
- Porque acreditava estar bem (f = 1)

Em parte eu evito o consumo porque:**SIM****QUERER/MOTIVAÇÃO PESSOAL (f = 3)**

- Porque quero evitar (f = 3)
 - Porque procura evitar
 - Pela vontade de parar

NÃO**PERDA DE CONTROLE (f = 3)**

- Faz o máximo que pode para evitar mas às vezes não consegue (f = 1)
- Porque me encaixo nas faixas de pessoas que não sabem beber moderadamente (f = 1)
- Nunca fui de beber muito, mas regularmente de 2 em 2 meses eu tomava todas (f = 1)

OUTRAS (f = 4)

- Não sinto falta da bebida (f = 1)
- Não acho bom nem sei porque bebo (f = 1)
- Gosta de bebidas (mesma pessoa resposta acima) (f = 1)
- Quando estava no uso de drogas, usava álcool para amenizar a compulsividade (f = 1)

3)

QUAL A PRINCIPAL DIFICULDADE EM FICAR SEM BEBER?**ÁLCOOL DEIXA MAIS DESINIBIDO (f = 12)**

- Bebida ajuda a ter mais coragem (f = 3)
 - A cachaça ajuda a ter mais coragem para fazer as coisas
- Ajuda a se soltar (f = 8)
 - Ajuda a ficar desinibido
 - Sou tímido, ajuda a se soltar
 - Ajuda a ficar extrovertido
 - Timidez e não ter facilidade em diálogo
- Álcool ajuda a enturmar com as pessoas (f = 1)

PESSOAS PRÓXIMAS QUE BEBEM (f = 12)

- As pessoas (amigos, colegas, irmãos) chamam para sair e beber (f = 3)
 - Alguém oferecer
- Ver os outros bebendo dá vontade (f = 6)
 - Ver outros bebendo
 - Sair com quem está bebendo
 - Quase todo mundo bebe e me motiva
 - Passar perto de conhecidos bebendo
- Influência de pessoas próximas (f = 3)
 - As amizades influenciam
 - Convivência com pessoas próximas

VONTADE (f = 9)

- Aquela vontade (f = 6)
 - Tem um bicho dentro de mim que me chama, uma vontade, minha boca enche de água
 - Vontade vem na cabeça
 - Ansiedade e vontade de beber
- Por causa do vício, fiquei dependente (f = 1)
- Impulso e compulsão (f = 2)
 - Compulsão e obsessão

AMBIENTES ONDE SE TEM BEBIDA (f = 9)

- Ambientes que tem bebida como bares e festas (f = 9)
 - Passar em frente ao bar
 - Ir em festas e boates
 - Frequentar bares e lugares de festas
 - Ansiedade em festas e boates
 - Situações em que se costuma beber (pescaria, festas e churrascos)

HÁBITO DE BEBER (f = 8)

- Aquele costume que tem que tomar (f = 6)
 - Acostumou a ficar com a bebida
 - Costume e hábito
 - Enfrentar os horários de costume
- Dificuldade no dia-a-dia (f = 1)
- É não beber (f = 1)

EVITAR SAIR E SENTIR-SE SÓ (f = 8)

- Evitar sair e evitar amigos (f = 2)
 - Fugir do ciclo de amizades
- Perder os amigos porque não pode ir nos bares (f = 1)
- Sentir-se excluído de festas (f = 1)
- Sentir-se diferente (f = 1)
- Sentir-se só (f = 1)
- Ficar sem freqüentar os lugares que freqüentava antes (f = 1)
- Não participar do ritual de saída e permanência nos lugares que freqüento (f = 1)

ÁLCOOL PARA LIDAR COM SITUAÇÕES ESTRESSANTES (f = 5)

- Ficar mais calmo quando bebe porque controla meu sistema nervoso (f = 1)
- Bebida ajuda a descontar a raiva: quando lembro da ex-mulher, preciso beber (f = 1)
- Álcool ajuda a relaxar (f = 1)
- Álcool ajuda a esquecer os problemas (f = 2)
 - Álcool ajudava a lidar e esquecer problemas

ABSTINÊNCIA DO ÁLCOOL (f = 4)

- Sentir mal e tremer (abstinência) (f = 2)
 - Mal estar e medo de se sentir mal se ficar sem beber
- Ficar estressado e nervoso quando não bebe (f = 2)

GOSTAR DE BEBER (f = 3)

- Porque gosto (f = 3)
 - Gostar da cerveja

PROBLEMAS FAMILIARES (f = 2)

- Desavenças e brigas com a família (f = 1)
- Falta de suporte da família (f = 1)

FICAR SEM USAR A OUTRA DROGA (f = 2)

- Fico deprimido e com mais vontade de usar mais drogas (f = 1)
- Ficar sem usar a droga (crack) também (f = 1)

OUTROS (f = 9)

- Quando está sem o que fazer (f = 1)
- Bebe porque é ruim, a gente gosta do que não presta (f = 1)
- Inveja daqueles que bebem com controle (f = 1)
- Parar sozinho é difícil tem que procurar a igreja (f = 1)
- Dificuldade em encarar a realidade, a vida como ela é (f = 1)
- A vontade de ficar louco (f = 1)
- Poder comprar sem e com dinheiro (f = 1)
- Gostar de ficar tonto (f = 1)
- A bebida deixa mais disposto pra vida, me deixa melhor (f = 1)

ANEXO J**ANÁLISE DE JUÍZES DA ESCALA DO LOCUS DE CONTROLE DO
COMPORTAMENTO DE BEBER**

Análise de Juízes da Escala do Locus de Controle do Comportamento de Beber

Nº item	Item original	Item modificado	Dimensão	Nº item escala piloto
1	Uma das principais razões porque as pessoas bebem é que elas não conseguem lidar com seus problemas.	<i>Às vezes eu tenho tantos problemas que eu preciso de uma bebida.</i>	Externo-circunstâncias	1
2	A idéia de que homens e mulheres são levados a beber por seus cônjuges é absurda.	A idéia de que homens e mulheres são levados a beber por seus cônjuges é errada.	Externo-outras pessoas	2
3	Sinto-me tão desamparado em algumas situações que eu preciso de uma bebida.	=	Externo-circunstâncias	3
4	Eu tenho a força de resistir às pressões no trabalho.	<i>Eu tenho força para resistir à bebida quando sinto pressões no trabalho.</i>	Interno	4
5	Sem as oportunidades ou chances corretas não se pode permanecer sóbrio.	Sem as oportunidades ou chances certas não se pode permanecer sóbrio.	Externo-circunstâncias	5
6	Não há nada como uma irresistível tentação de beber.	<i>Não existe situação nem tentação irresistível que me leve a beber.</i>	Interno	6
7	Eu fico tão perturbado com pequenas discussões que elas me levam a beber.	=	Externo-circunstâncias	7
8	Derrotar o alcoolismo com sucesso é uma questão de trabalho duro, a sorte tem pouco a ver com isso.	=	Interno	8
9	Quando eu vejo uma garrafa, eu não posso resistir a beber.	=	Falta de controle	9
10	As pessoas em geral conseguem decidir se elas vão beber ou não.	<i>Eu sempre sou capaz de decidir se vou beber ou não.</i>	Interno	10
11	Quando eu estou em uma festa onde os outros estão bebendo, eu consigo evitar beber.	Quando eu estou em uma festa onde os outros estão bebendo, eu consigo evitar beber, se eu quiser.	Interno	11
12	Aqueles que têm sucesso em parar de beber são simplesmente aqueles que têm sorte.	<i>Para ter sucesso em parar de beber é preciso ter sorte.</i>	Externo-circunstâncias	12
13	Eu me sinto impotente para me impedir de beber quando estou ansioso ou triste.	<i>Eu me sinto incapaz de não beber quando estou ansioso ou triste.</i>	Falta de controle	13
14	Para mim, é fácil me divertir quando estou sóbrio.	ITEM EXCLUÍDO		
15	No que diz respeito a beber, a maioria de nós é vítima de forças que não podemos entender ou controlar.	=	Externo-circunstâncias	14

16	Eu tenho controle sobre meu comportamento de beber.	=	Interno	15
17	Se as pessoas quiserem muito elas podem mudar seu comportamento de beber.	<i>Se eu quiser muito eu posso</i> podem mudar <i>meu</i> comportamento de beber.	Interno	16
18	Com esforço suficiente nós podemos derrotar nosso consumo de álcool.	=	Interno	17
19	Se alguém me oferece uma bebida, eu não consigo recusar.	=	Falta de controle	18
20	Às vezes eu não consigo entender como as pessoas controlam seu consumo de álcool.	=	Falta de controle	19
21	Eu posso superar minha vontade de beber.	=	Interno	20
22	Não é necessário beber para resolver meus problemas.	ITEM EXCLUÍDO		
23	Na maioria das vezes eu não consigo entender porque eu continuo bebendo.	=	Falta de Controle	21
24	Se eu decidir, eu consigo parar de beber.	=	Interno	22
25	Beber é minha forma favorita de divertimento.	ITEM EXCLUÍDO		
26	As pessoas bebem porque as circunstâncias as forçam a beber.	=	Externo-circunstâncias	23
27	A maioria das pessoas não percebe que os problemas relacionados com a bebida são influenciados por fatos que acontecem por acaso.	<i>Os problemas relacionados com a bebida são influenciados por fatos que acontecem por acaso.</i>	Externo-circunstâncias	24
28	Abstinência é só uma questão de decidir se eu não quero mais beber.	<i>Abstinência é só uma questão de decidir se eu quero parar de beber..</i>	Interno	25
29	Problemas no trabalho ou em casa me levam a beber.	=	Externo-circunstâncias	26
30	Os alcoólatras que não têm sucesso em controlar seu consumo de álcool muitas vezes não aproveitam as vantagens da ajuda que está disponível.	<i>O sucesso dos alcoólatras em controlar seu consumo de álcool depende deles aceitarem ajuda de outras pessoas.</i>	Externo-outras pessoas	27
31	Muitas vezes existem circunstâncias que te forçam a beber.	=	Externo-circunstâncias	28
32	Normalmente eu posso lidar com discussões sem precisar tomar uma bebida.	=	Interno	29
33	Manter-se sóbrio depende principalmente das coisas irem bem para você.	=	Externo-circunstâncias	30

34	Para mim, não é mais difícil resistir a beber quando estou perto de uma garrafa do que quando não estou.	<i>Eu posso resistir a tomar uma bebida mesmo quando estou perto de uma garrafa.</i>	Interno	31
35	Muitas vezes são outras pessoas que levam alguém a beber.	Muitas vezes são <i>os outros</i> que levam alguém a beber.	Externo-outras pessoas	32
36	É impossível para eu resistir a uma bebida se estou em uma festa onde os outros estão bebendo.	=	Externo-outras pessoas	33
37	Parar de beber depende muito do esforço e trabalho árduo (sorte tem pouco ou nada a ver com isso).	=	Interno	34
38	Se eu realmente quiser, eu posso deixar de beber.	=	Interno	35
39	Eu não consigo me sentir bem se não estiver bebendo.	ITEM EXCLUÍDO		
40	Pela participação ativa em programas de tratamento, as pessoas podem controlar seu consumo de álcool.	Pela participação ativa em programas de tratamento, <i>qualquer pessoa pode</i> controlar seu consumo de álcool.	Interno	36
41	Eu me sinto completamente impotente quando se trata de resistir à bebida.	=	Falta de Controle	37
42	É impossível para algumas pessoas parar de beber algum dia.	ITEM EXCLUÍDO		
43	É difícil para os alcoólatras ter muito controle sobre seu consumo de álcool.	<i>Depois da primeira dose, é muito difícil ter controle da quantidade de bebida que se toma.</i>	Falta de Controle	38
44	Eu tenho a força de recusar uma bebida.	=	Interno	39
45	Existe uma relação direta entre o quanto as pessoas tentam e quanto sucesso elas têm em parar de beber.	=	Interno	40
46	Quando que eu começo a beber, eu não consigo parar.	=	Falta de Controle	41
47	Eu não consigo lidar com meus problemas a não ser que eu beba antes.	ITEM EXCLUÍDO		
48	Sou responsável pelos problemas que eu tiver relacionados com a bebida.	ITEM EXCLUÍDO		
49	Eu não tenho força de vontade quando se trata de beber.	=	Falta de Controle	42
50	Não me incomodaria se eu nunca mais pudesse beber.	<i>Eu conseguiria nunca mais beber se fosse necessário.</i>	Interno	43