



DESEMPENHO CLÍNICO DE UMA ESCALA DESENHADA PARA DISTINGUIR ABUSADORES DE OUTRAS DROGAS QUE NÃO O ÁLCOOL: A “DRUG MISUSE SCALE”

Autores

Mário Sérgio Ribeiro¹
Luciana Scapin Teixeira²
Márcio José Martins Alves³
Telmo Mota Ronzani⁴

RESUMO

Objetivamos avaliar a escala DMS (de drogas), comparando-a com o desempenho das escalas MAC e BrTIV (de alcoolismo), numa amostra de 76 pacientes e 91 controles. Verificamos o desempenho das escalas nos pontos de corte originais, avaliando sensibilidade e falsos-positivos, bem como identificamos o melhor ponto de corte, através da Curva ROC. Avaliamos a capacidade discriminatória destas escalas entre controles e cada subgrupo de pacientes (somente álcool; álcool e outras drogas; somente outras drogas) e entre pacientes usuários apenas de álcool e os demais subgrupos de pacientes. Realizamos ainda procedimentos de Análise de Variância (ANOVA), com comparações múltiplas (testes Post Hoc), objetivando discriminar, par a par, qual(is) grupo(s) difere(m) significativamente dos demais. Nossos resultados sugerem que todas as escalas estudadas discriminam adequadamente o grupo de controle dos grupos de pacientes; todavia, nenhuma das escalas foi capaz de distinguir os subgrupos de pacientes entre si. Assim, em nosso país, a escala DMS parece não ser capaz de discriminar alcoolistas e usuários disfuncionais de outras substâncias psicoativas.

UNITERMOS

Substâncias psicoativas; Instrumento diagnóstico; Personalidade

INTRODUÇÃO

O hábito de se consumir substâncias psicoativas sempre foi amplamente difundido e socialmente aceito em grande parte do mundo. Todavia, um consumo exagerado, na busca de sensações de prazer e conforto psicossocial, pode levar algumas pessoas a sofrer danos consideráveis: é quando se instalam os Transtornos Mentais e de Comportamento Relacionados ao (ou Decorrentes do) Uso de Substâncias Psicoativas, entidades médico-psico-sociais que não somente resultam em perturbações físicas e psicológicas para o indivíduo como também podem repercutir na economia de todo um país. Sabe-se que o alcoolismo, no Brasil, é responsável pela ocupação de 30% a 60% dos leitos de hospitais gerais, e as taxas de prevalência dessa patologia situam-se entre 10% e 20% na população acima de 15 anos^{13, 16, 30}.

A produção de conhecimento relativa aos transtornos relacionados ao uso de outras substâncias psicoativas ainda está longe de atingir o pata-

mar já alcançado pelas pesquisas relativas ao uso prolongado e abusivo de alcoólicos^{16-18, 33}. Sabe-se, porém, que o uso de outras drogas tem sido um problema crescente em todo o mundo. O uso de substâncias psicoativas, bem como os problemas associados a esse uso, vêm aumentando nas últimas décadas: os jovens vêm iniciando o uso dessas substâncias cada vez mais cedo, aumentando o risco de futuros problemas relacionados ao uso das mesmas^{9, 11, 13}.

Existem diferenças nos padrões e nas conseqüências patológicas do uso de psicoativos, e diversas tipologias têm sido propostas - utilizando-se de elementos etiológicos, clínicos, de personalidade e de prognóstico -, na tentativa de compreensão do fenômeno da adição. Aqui, também, os estudos a respeito do uso de alcoólicos são bastante mais numerosos que aqueles relacionados ao uso de outras drogas^{6, 14, 24-28, 31, 34}. Os problemas relacionados ao consumo de álcool costumam iniciar-se entre os 20 e os 30 anos e a procura de auxílio médico, ao menos nos países do primeiro mundo, predomina na quarta década de vida. O curso natural do alcoolismo costuma alternar períodos de abstinência e períodos de consumo pesado, e alguns alcoolistas permanecem até vários anos usando um volume relativamente pequeno de etílicos, o que pode dificultar um diagnóstico precoce. A remissão espontânea - muitas vezes ligadas a fatores de bom prognóstico como, por exemplo, bom convívio familiar e vínculo empregatício - pode atingir níveis em torno de 30%. Contrariamente a uma, ainda hoje muito disseminada, abordagem pessimista do problema, encontram-se trabalhos que apontam para uma recuperação neuropsicológica e eletroencefalográfica de etilistas crônicos abstinentes⁵. A história natural do uso de outras drogas, principalmente quando se trata do abuso de múltiplas substâncias, parece seguir padrões diferentes daquele descrito para o alcoolismo: no caso das drogas, encontramos duas formulações básicas - a teoria do “agrupamento” e a das “etapas sequenciais” -, que parecem correlacionar-se com características de personalidade e com o ambiente imediato dos usuários^{8, 15, 25}.

Conforme já assinalamos em outro lugar, talvez uma das mais difíceis incumbências dos profissionais responsáveis pela atenção a pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas consista em estabelecer o tratamento adequado a eles²⁰. Para tanto, pesquisas mais recentes têm indicado, ao menos no que diz respeito ao alcoolismo, o caminho da identificação de subtipos distintos para os quais os recursos terapêuticos poderiam ser oferecidos e distribuídos de uma maneira mais racional, uma vez adaptados a suas necessidades mais específicas^{6, 15, 24, 26, 27, 31, 32, 34, 35}. Nesse contexto, tem sido dada importância ao estudo da adesão dos pacientes, dos fatores de abandono do tratamento e de risco de recaída e - tal como vem sendo realizado por nosso grupo - da personalidade de abusadores e dependentes. Alguns destes estudos sugerem que dependentes e abusadores de alcoólicos possuam características de personalidade e de comportamento relacionadas a transtornos psiquiátricos comórbidos, entre os quais os Transtornos de Ansiedade, de Humor e de Personalidade^{1-3, 9, 14, 24, 29}.

Gurfinkel⁹ e Olivenstein¹⁴, abordando, genericamente, a questão das

1- Professor Adjunto de Psiquiatria da UFJF, Coordenador do LAPPDA-UFJF, Doutor em Filosofia.

2- Psicóloga, Mestranda em Saúde Mental do IPUB/UFRRJ, Estagiária-graduada do HU-UFJF.

3- Professor Assistente de Medicina Preventiva e Social da UFJF, Mestre em Engenharia Biomédica.

4- Psicólogo e aluno do Curso de Especialização e Ações Institucionais e Saúde Pública da UFJF e pesquisador associado do LAPPDA-UFJF.

"Toxicomanias", afirmam que as principais características de personalidade do toxicômano seriam a impulsividade e a busca da satisfação por meios diretos e instantâneos. Por outro lado, um estudo comparativo entre alcoólistas e dependentes de outras substâncias psicoativas, utilizando como instrumento o teste de Rorschach, apontou para significativas semelhanças e diferenças entre esses dois grupos. Foram descritas, dentre as semelhanças encontradas: inibição do trabalho mental devido à intensa influência afetiva; atenção reduzida para aspectos específicos da realidade; sensibilidade afetiva, com imaturidade e comportamento egocêntrico; distorção da percepção da realidade. Quanto às diferenças, as principais foram: enquanto os alcoólistas apresentaram características de personalidade como capacidade de síntese, controle da impulsividade através de bloqueios afetivos e identificação de normas e emoções socialmente adaptadas, os dependentes de outros psicoativos demonstraram dificuldade de síntese, tendência a não seguir normas, respostas afetivas primárias e pouca capacidade de empatia, com tendência à atuação⁴.

MMPI E IDENTIFICAÇÃO DE USUÁRIOS DISFUNCIONAIS DE DROGAS

Segundo Lavelle, Hammersley e Forsyth, a escala construída por MacAndrew, a partir do MMPI (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade), com o objetivo de identificar alcoólistas¹², teria sido também avaliada na perspectiva de discriminação de usuários de outras substâncias de não-usuários; os resultados de alguns desses estudos sugeririam que a escala de MacAndrew (escala MAC) não seria capaz de distinguir entre abusadores de álcool e abusadores de outras drogas. De acordo com os pesquisadores, tal incapacidade poderia ser devida a três possibilidades:

- 1) a escala MAC é uma medida geral de tendências aditivas;
- 2) os abusadores de outras substâncias que não o álcool respondem a um número suficiente de proposições da escala de MacAndrew de forma a elevar seus escores nessa escala aos níveis registrados por alcoólistas;
- 3) os abusadores de outras substâncias também utilizam álcool em quantidade suficiente para elevar os escores da MAC. Considerando que uma escala capaz de distinguir usuários de outras drogas que não o álcool poderia ser clinicamente relevante, uma vez que a identificação de abuso de outras substâncias pode, além de possibilitar um maior conhecimento sobre o abuso dessas substâncias, contribuir para o desenvolvimento e/ou utilização de estratégias preventivas e terapêuticas mais adequadas a essa população, os três autores procuraram, então, desenvolver e validar uma escala preditiva de uso problemático de drogas¹¹.

A escala DMS (Drug Misuse Scale) foi construída através da análise do Qui-quadrado da direção de resposta das 566 proposições do MMPI respondidas por um grupo de jovens usuários de diferentes substâncias psicoativas, entre as quais o álcool. Foram separadas as proposições que apresentavam significância estatística de $p < 0,05$, consistindo num total de 37 itens, dos quais somente 6 eram comuns à escala MAC. O ponto de corte capaz de separar os usuários de alcoólicos dos usuários de outras substâncias foi definido de uma comparação entre os escores médios dos dois grupos, encontrando-se o valor de 16 pontos. A escala assim construída e o ponto de corte definido foram, posteriormente avaliados em uma amostra de validação externa - que utilizou pacientes internados em tratamento por uso de substâncias, abusadores não internados e dois grupos controles, um de estudantes universitários e outro da população geral de idade mais avançada -, concluindo-se que a escala DMS foi capaz de distinguir abusadores de álcool de abusadores de outras substâncias¹¹.

Nosso trabalho procura avaliar a capacidade da escala DMS em distinguir entre abusadores de álcool e outras drogas de nosso meio, comparando seu desempenho com a escala MAC e a escala BRTIV, construída por nosso grupo com o objetivo de identificar alcoólistas, conforme apresentado em outro estudo²³.

METODOLOGIA

Instrumento

O MMPI foi aplicado em sua forma completa e corrigido com o acréscimo de frações de "K"; em seguida, foram digitadas as respostas dos pacientes a suas 566 perguntas através do programa EPI-Info 6.04 e, posteriormente, o banco de dados produzido foi exportado para o pro-

grama SPSS 8.0, no qual desenvolvemos rotinas automatizadas de correção das escalas de alcoolismo, construímos nossas novas escalas e realizamos o tratamento estatístico dos dados.

Desenho

Num primeiro momento, verificamos o desempenho das três escalas, nos pontos de corte sugeridos nos estudos originais, avaliando sua sensibilidade e o percentual de falsos-positivos. Ainda que a escala MAC e a escala BRTIV tenham sido construídas visando a separação entre alcoólistas e não-alcoólistas, avaliamos a capacidade discriminatória destas escalas entre controles e cada subgrupo de pacientes (somente álcool, álcool e outras drogas, somente outras drogas), bem como entre os usuários apenas de álcool e os demais subgrupos de pacientes. Em seguida, procuramos identificar pontos de corte com melhor desempenho na discriminação de pacientes (em sua totalidade) e controles e na separação dos abusadores apenas de etílicos daqueles que faziam uso disfuncional de outros psicoativos.

Sujeitos

Foram incluídos 76 (setenta e seis) pacientes do Programa da Atenção a Dependentes Químicos do SUS-JF e 91 (noventa e um) controles não-alcoólistas - sendo 19 (dezenove) colaterais desses pacientes e 72 (setenta e dois) estudantes de medicina ou psicologia -, que também haviam respondido à forma completa do MMPI. Os critérios de inclusão e exclusão de pacientes e colaterais foram os mesmos já descritos em trabalhos anteriores de nosso grupo¹⁹⁻²², exceto pelo fato desses pacientes terem sido, em sua maioria, encaminhados formalmente ao programa assistencial através de uma rede hierarquizada e regionalizada de assistência à saúde mental, cujo funcionamento teve início em outubro de 1997, resultante de um processo de integração de esforços entre a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora e o Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de Juiz de Fora. Os estudantes eram universitários dos cursos de Medicina e de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e de Psicologia do Centro de Ensino Superior (CES), via de regra, candidatos a estagiários e auxiliares de pesquisa em nosso grupo.

Mantendo nossa proposta de trabalho, já apresentada em estudos anteriores²⁰⁻²², não excluímos de nossa amostra os sujeitos que apresentaram perfis inválidos. Isto é: para as análises efetuadas, incluímos sempre a totalidade dos sujeitos, tanto aqueles com perfis válidos quanto os com perfis inválidos.

Tratamento estatístico

Para a avaliação do desempenho das diferentes escalas, utilizamos, inicialmente, os pontos de corte propostos por MacAndrew (escala MAC), por Lavelle, Hammersley e Forsyth (escala DMS) e por Ribeiro e cols. (escala BRTIV)^{11, 12, 23}. Em seguida, utilizamos a Curva ROC (Receiver-Operating Characteristic) - uma representação gráfica da capacidade discriminatória de um teste considerando-se todos os possíveis pontos de corte, representando-se, no eixo das ordenadas, os diferentes valores da sensibilidade e, no eixo das abscissas, os respectivos valores de 1 - especificidade, ou seja, os percentuais de falsos positivos -, para o estabelecimento do melhor ponto de corte, para cada uma das escalas, na amostra estudada. Considera-se como o melhor ponto de corte aquele situado o mais próximo do ângulo superior esquerdo do gráfico da Curva ROC, qual seja, o ponto ideal de 100% de sensibilidade e 100% de especificidade^{7, 10}.

Efetuamos ainda, para a avaliação da significância estatística dos resultados obtidos, comparações das médias dos escores dos diferentes grupos de casos e controles, para cada escala, objetivando não somente visualizar as distribuições das pontuações desses subgrupos como também estabelecer a significância estatística (valores de p) das diferenças das médias. Realizamos procedimentos de Análise de Variância, com comparações múltiplas (testes *Post Hoc*), para discriminar, par a par, qual(is) grupo(s) difere(m) dos demais. Na discussão dos resultados destes testes, consideramos o nível de significância de 5%, os resultados numéricos e percentuais foram arredondados para uma casa decimal e a significância estatística (valor de p) é apresentada com 3 casas decimais.

Resultados e discussão

Ainda que tal resultado seja esperado em amostras dessa natureza,

devemos referir que tivemos um amplo predomínio do sexo masculino entre os pacientes, enquanto que nos controles predominou o sexo feminino, com distribuição semelhante nos quatro subgrupos de colaterais e, em menor proporção, entre os estudantes. Dentre os pacientes observamos uma elevação da idade média entre o grupo com transtornos relacionados apenas ao álcool. Entre os dois outros grupos de pacientes não houve maiores diferenças quanto à idade média. Quanto à invalidação dos perfis, houve um maior percentual de perfis válidos entre o subgrupo de Álcool/Drogas, enquanto que os outros dois subgrupos de pacientes invalidaram com uma maior frequência seus perfis. No grupo controle houve um maior percentual de perfis válidos. O subgrupo que apresentou maior frequência de invalidação foi o de controles consangüíneos (CCS). Observou-se ainda que nossa amostra apresentou um nível de escolaridade mais elevado, tanto para pacientes quanto, em especial, para seus colaterais, independentemente da presença dos estudantes universitários entre os controles (Quadro 1).

Quadro 1

Grupo amostral

Grupo Amostrado	Álcool (n=50)	Álc/Drog (n=15)	Droga (n=11)	CCS (n=10)	CNC (n=9)	Estudantes (n=72)
Idade (anos)						
Média (DP)	39,9(8,06)	27,7(7,98)	26,36(6,48)	37,5(13,3)	43,8 (8,6)	23,2 (3,1)
Míni/Máx	23 / 55	18 / 47	19 / 43	20 / 59	36 / 63	19 / 33
Sexo	Freq. %	Freq. %	Freq. %	Freq. %	Freq. %	Freq. %
Masculino	44 88,0	15 100,0	10 90,9	1 10,0	1 11,1	19 26,4
Feminino	6 12,0	-	1 9,1	9 90,0	8 88,9	53 73,6
Perfil						
Válido	24 48,0	8 53,3	4 36,4	6 60,0	6 66,7	56 77,8
Inválido	26 52,0	7 46,7	7 63,6	4 40,0	3 33,3	16 22,2
Escolaridade						
Até 7ª série	25 50,0	8 53,3	4 36,4	3 30,0	4 44,4	-
> 7ª série	25 50,0	7 46,7	7 63,6	7 70,0	5 55,6	72 100,0

Quadro 2

Estatística descritiva

Escala	N	Média	DP	IC de 95%		Mínimo	Máximo	
				Limite Inferior	Limite Superior			
MAC	CONT	91	20,3	3,3	19,6	20,9	14,0	28,0
	ALCOOL	50	26,1	4,2	24,9	27,3	18,0	33,0
	ALC/DROG	15	27,6	3,5	25,7	29,5	22,0	34,0
	DROGA	11	26,5	3,3	24,3	28,8	19,0	31,0
BRTIV	CONT	91	10,9	4,9	10,0	11,9	2,0	26,0
	ALCOOL	50	24,5	7,1	22,4	26,5	10,0	41,0
	ALC/DROG	15	24,9	8,0	20,5	29,3	15,0	38,0
	DROGA	11	21,9	3,9	19,3	24,5	16,0	27,0
DMS	CONT	91	8,3	3,5	7,6	9,0	2,0	22,0
	ALCOOL	50	16,5	4,3	15,3	17,7	6,0	25,0
	ALC/DROG	15	16,5	5,4	13,5	19,4	7,0	28,0
	DROGA	11	16,1	4,4	13,1	19,0	9,0	23,0

Verificamos, para as três escalas estudadas, significância estatística na Análise de Variância das médias dos escores para os diferentes grupos de casos e de controles (Quadro 3). Ao realizarmos o procedimento de Análise de Variância, com comparações múltiplas (teste Post Hoc), para

Quadro 3

Análise de variância

Escalas	F	Sig.
MAC	41,1	0,000
BRTIV	74,8	0,000
DMS	57,8	0,000

discriminar, par a par, quais grupos diferiam dos demais, observamos que houve uma diferença estatisticamente significativa na comparação entre o grupo controle com todos os subgrupos de pacientes nas três escalas. Porém, ao fazermos a comparação dos subgrupos de pacientes entre si, não houve significância estatística das diferenças das médias dos escores para qualquer das escalas estudadas (Quadro 4, página seguinte).

Apresentamos, a seguir, uma síntese da análise do desempenho das escalas para a discriminação dos diferentes subgrupos:

Álcool x controles

As três escalas se mostraram satisfatórias para discriminar alcoolistas de controles. A escala com melhor desempenho para a separação desses dois grupos foi a escala BRTIV, com área sob curva ROC igual a 0,9464, seguida da DMS com 0,9240 e MAC com 0,8520 (Quadro 5). Nas três escalas estudadas, observamos que os pontos de corte originais não foram os que apresentaram melhor desempenho em nossa amostra: para

a escala DMS, o ponto de corte com melhor desempenho foi o de 12 pontos, enquanto que na escala BRTIV foi o escore 16 e na MAC 23 pontos (Quadro 6, próx. pag.).

Álcool/drogas x controles

As escalas estudadas também apresentaram bom desempenho na separação desses grupos. Nesta situação a escala com melhor desempenho discriminatório para nossa amostra também foi a escala BRTIV, com área sob a curva ROC 0,9590, seguida da escala MAC com 0,9403 e da escala DMS com área sob a curva ROC igual a 0,8993 (Quadro 5). O ponto de corte original apresentou melhor valor discriminatório apenas para a escala MAC. Para as demais escalas, o melhor ponto de corte se manteve como no caso da comparação acima: foi de 12 pontos para a escala DMS e de 16 pontos para a escala BRTIV (Quadro 7, próx. pag.).

Drogas x controles

A escala de melhor discriminação para esta situação também foi a escala BRTIV, com área sob curva ROC 0,9595; a escala DMS apresentou área sob curva ROC de 0,9183 e a MAC de 0,9036 (Quadro 5). Nas três escalas, os pontos de corte originais não foram os de melhor capacidade discriminatória: para a escala DMS foi o de escore 11, para a escala BRTIV se manteve o escore de 16 pontos, e, para a MAC, foi de 25 pontos (Quadro 8, pag. 377).

Quadro 5

Análise de variância

Escalas	Álcool (n=50)	Álcool/Droga (n=15)	Droga (n=11)
DMS	0,9240	0,8993	0,9183
BRTIV	0,9464	0,9590	0,9595
MAC	0,8520	0,9403	0,9036

Álcool x Álcool/drogas e álcool x só drogas

O objetivo dessas comparações foi avaliar o desempenho da escala DMS na identificação dos usuários disfuncionais de outras drogas, conforme a proposição dos construtores da escala. Em nossa amostra, esta

Quadro 4

Comparações múltiplas de Bonferroni e Tamhane

Escala	Grupo(I)	Grupo(J)	Diferença Média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	IC de 95%	
						Limite Inferior	Limite Superior
DMS*	CONT	ALCOOL	-8,2	0,7	0,000	-10,1	-6,4
		ALC/DROG	-8,2	1,1	0,000	-11,2	-5,2
		DROGA	-7,8	1,3	0,000	-11,2	-4,4
	ALCOOL	CONT	8,2	0,7	0,000	6,4	10,1
		ALC/DROG	0,0	1,2	1,000	-3,1	3,2
		DROGA	0,4	1,3	1,000	-3,1	4,0
	ALC/DROG	CONT	8,2	1,1	0,000	5,2	11,2
		ALCOOL	-0,0	1,2	1,000	-3,2	3,1
		DROGA	0,4	1,6	1,000	-3,9	4,6
	DROGA	CONT	7,8	1,3	0,000	4,4	11,2
		ALCOOL	-0,4	1,3	1,000	-4,0	3,1
		ALC/DROG	-0,4	1,6	1,000	-4,6	3,9
BRTIV+	CONT	ALCOOL	-13,6	1,0	0,000	-16,6	-10,5
		ALC/DROG	-14,0	1,6	0,000	-20,4	-7,7
		DROGA	-11,0	1,8	0,000	-14,9	-7,1
	ALCOOL	CONT	13,6	1,0	0,000	10,5	16,6
		ALC/DROG	-0,5	1,7	1,000	-7,1	6,2
		DROGA	2,6	2,0	0,496	-1,8	7,0
	ALC/DROG	CONT	14,0	1,6	0,000	7,7	20,4
		ALCOOL	0,5	1,7	1,000	-6,2	7,1
		DROGA	3,0	2,3	0,766	-3,8	9,9
	DROGA	CONT	11,0	1,8	0,000	7,1	14,9
		ALCOOL	-2,6	2,0	0,496	-7,0	1,8
		ALC/DROG	-3,0	2,3	0,766	-9,9	3,8
MAC*	CONT	ALCOOL	-5,9	0,6	0,000	-7,6	-4,2
		ALC/DROG	-7,3	1,0	0,000	-10,0	-4,6
		DROGA	-6,3	1,1	0,000	-9,4	-3,2
	ALCOOL	CONT	5,9	0,6	0,000	4,2	7,6
		ALC/DROG	-1,5	1,1	1,000	-4,3	1,4
		DROGA	-0,4	1,2	1,000	-3,7	2,8
	ALC/DROG	CONT	7,3	1,0	0,000	4,6	10,0
		ALCOOL	1,5	1,1	1,000	-1,4	4,3
		DROGA	1,0	1,4	1,000	-2,8	4,9
	DROGA	CONT	6,3	1,2	0,000	3,2	9,4
		ALCOOL	0,4	1,2	1,000	-2,8	3,7
		ALC/DROG	-1,1	1,4	1,000	-4,9	2,8

Quadro 6

Desempenho na comparação de usuários só de álcool e controles

PARÂMETROS	ESCALAS		
	DMS	BRTIV	MAC
NÚMERO DE ITENS DA ESCALA	37	47	49
PONTO DE CORTE ORIGINAL	16	17	24
Sensibilidade	62,0%	88,0%	70,0%
Falsos Positivos	2,2%	11,0%	18,7%
MELHOR PONTO DE CORTE	12	16	23
Sensibilidade	86,0%	92,0%	78,0%
Falsos Positivos	15,4%	12,1%	25,3%

Quadro 7

Desempenho na comparação de usuários de álcool/drogas e controles

PARÂMETROS	ESCALAS		
	DMS	BRTIV	MAC
NÚMERO DE ITENS DA ESCALA	37	47	49
PONTO DE CORTE ORIGINAL	16	17	24
Sensibilidade	60,0%	86,7	86,7%
Falsos Positivos	2,2%	11,0%	18,7%
MELHOR PONTO DE CORTE	12	16	24
Sensibilidade	86,7%	93,3%	86,7%
Falsos Positivos	15,4%	12,1%	18,7%

escala apresentou desempenho insatisfatório para discriminar entre esses grupos, seja quando comparamos os alcoolistas com os pacientes com duplo diagnóstico (transtornos por uso de álcool e, ao menos, uma outra droga), seja quando comparamos os alcoolistas aos pacientes com transtornos relacionados apenas ao uso de outras substâncias que não o álcool (Gráfico 1, próx. pág.). As escalas BRTIV e MAC, como seria de se esperar, em virtude dos objetivos de sua construção, também não foram capazes de separar tais grupos (Quadros 9 a 11, próx. pág.). A maior diferença entre as médias de pacientes que utilizavam álcool e aqueles que consumiam apenas outras substâncias foi encontrada para a escala BRTIV, não atingindo, todavia, níveis de significância estatística ($p = 0,496$ no Teste de Tamhane) (Quadro 2).

CONCLUSÃO

As análises efetuadas indicam que a escala DMS apresentou um desempenho satisfatório apenas para a separação entre controles e pacientes (usuários disfuncionais de outras drogas ou exclusivamente alcoolistas), não repetindo, em nosso meio, uma capacidade de discriminar, conforme a proposta de seus construtores, entre alcoolistas e usuários disfuncionais de outras substâncias psicoativas. Tais resultados nos indicam a necessidade de procurarmos desenvolver uma escala que efetivamente consiga discriminar, em nosso meio, alcoolistas de abusadores/dependentes de outras substâncias psicoativas. Acreditamos que tal empreendimento possa ser de fundamental importância para a busca de propostas e estratégias mais eficazes para o tratamento dos distintos subgrupos de pacientes drogadictos^{17, 19-22} em nosso contexto socio-cultural.

◆◆◆

SUMMARY

CLINICAL PERFORMANCE OF A SCALE DESIGNED TO DISTINGUISH MISUSERS OF DRUGS

We aimed to evaluate the DMS drug scale, comparing it to the performance of MAC and BrTIV alcoholism scales, in a sample of 76 patients and 91 controls. We verified the performance of the scales in their original cut-off points, evaluating sensitivity and false-positive error, besides using the ROC curve to identify the best cut-off point. We evaluated the discriminatory power of these scales between controls and each sub-group of patients (only

Quadro 8

Desempenho na comparação de usuários só de outras drogas e controles

PARÂMETROS	ESCALAS		
	DMS	BRTIV	MAC
NÚMERO DE ITENS DA ESCALA	37	47	49
PONTO DE CORTE ORIGINAL	16	17	24
Sensibilidade	54,5%	90,9%	81,8%
Falsos Positivos	2,2%	11,0%	18,7%
MELHOR PONTO DE CORTE	11	16	25
Sensibilidade	90,0%	100,0%	81,8%
Falsos Positivos	19,8%	12,1%	13,2%

Quadro 9

Área sob Curva ROC nas comparações com alcoolistas (n = 50)

Escalas	Álcool/Droga (n = 15)	Droga (n = 11)
DMS	0,5147	0,5255
BRTIV	0,5020	0,6100
MAC	0,5900	0,5273

Quadro 10

Desempenho na comparação de usuários só de álcool com álcool/drogas

PARÂMETROS	ESCALAS		
	DMS	BRTIV	MAC
NÚMERO DE ITENS DA ESCALA	37	47	49
PONTO DE CORTE ORIGINAL	16	17	24
Sensibilidade	60,0%	86,7%	86,7%
Falsos Positivos	62,0%	88,0%	70,0%

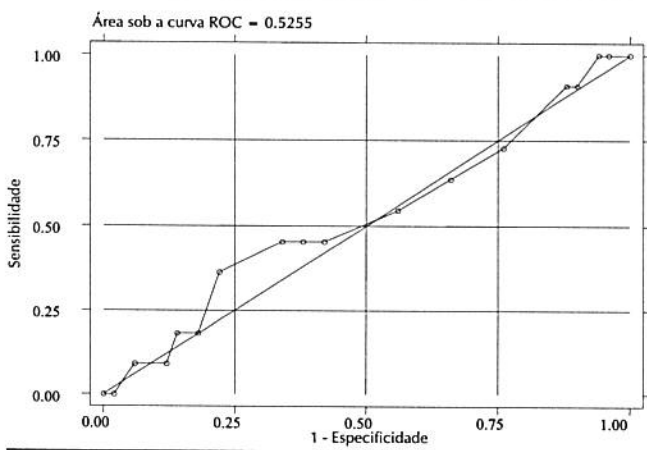
Quadro 11

Comparação de usuários só de álcool e usuários só de outras drogas

PARÂMETROS	ESCALAS		
	DMS	BRTIV	MAC
NÚMERO DE ITENS DA ESCALA	37	47	49
PONTO DE CORTE ORIGINAL	16	17	24
Sensibilidade	54,5%	90,9%	81,8%
Falsos Positivos	62,0%	88,0%	70,0%

Gráfico 1

Curva ROC para a escala DMS na comparação entre usuários só de álcool e usuários só de outras drogas



alcohol, alcohol plus other drugs; only other drugs) and between patients who used only alcohol and other subgroups of patients. We used ANOVA proceedings, including Post Hoc tests to establish the statistic significance between groups, two by two. Our results suggest that all studied scales accordingly discriminate the group of controls from groups of patients; none of them, on the other hand, was capable of distinguishing groups of patients among themselves. So, in our country, the DMS scale seems not to be capable of discriminating between alcoholists and dysfunctional users of other psychoactive substances.

KEY WORDS

Psychoactive substances; Diagnose instruments; Personality.

NOTA

* Sobre o *continuum* da amplitude de variação dos resultados da escala, define-se como ponto de corte um valor em relação ao qual aqueles sujeitos com pontuações abaixo do ponto de corte são considerados como "não-doentes" (teste-), enquanto os sujeitos com valores acima do ponto de corte são considerados como "doentes" (teste+). A proporção de doentes com teste+ corresponde à sensibilidade do teste; por outro lado, a proporção de não-doentes com teste+ refere-se à taxa de falsos+ (1 - especificidade).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ANDRADE, AG; Brunfentrinker, P. Avaliação de tratamento de alcoolistas. Revista ABP APAL, 9(3): 99-102, 1987.
- 2 - ANDREATINI, R; Galduroz, JCF; Formigoni, MLOS. Estudo da influência dos níveis de dependência e consumo na resposta ao tratamento de dependentes de álcool. Revista ABP-APAL, 16(1): 25-29, 1994.
- 3 - BERNIK, MA; Andrade, AG; Gondim, M; Nicolela, MT; Júnior, PJN. Seguimento de seis meses de alcoolistas atendidos em dois programas de atendimento ambulatorial. Revista ABP-APAL, 11(1): 10-12, 1989.
- 4 - Brasiliano, S; Bettarello, SV; Girão, AMM; Pernambuco, ARC. Comparison Between Personality Characteristics of Alcoholic and Drug Addicted Patients (mimeo).
- 5 - CARLEN, PL; WILKINSON, A; WORTZMAN, G; HOLGATE, R; CORDINGLEY, J; LEE, MA; HUSZAR, L; MODDEL, G; SINGH, R; KIRALY, L; RANKIN, JG. Cerebral atrophy and functional deficits in alcoholics without clinically apparent liver disease. Neurology, 31: 377-385, 1981.
- 6 - DEJONG, CAJ; BRINK, WVD; HARTEVELD, FM; WIELEN, EGMVD. Personality Disorders in Alcoholics and Drug Addicts. Comp Psych, 34(2): 87-94, 1993.
- 7 - FLETCHER, RH; FLETCHER, SW; WAGNER, EH. Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996, 281p.
- 8 - GALANTER, M; KLEBER, HD. Tratamiento de los Transtornos por Abuso de Sustancias de la American Psychiatric Press. Barcelona, Masson, 1997, 490p.
- 9 - GURFINKEL, D. A Pulsão e seu Objeto-Droga. Estudo Psicanalítico sobre a Toxicomania. 1.ed. Petrópolis, Vozes, 1995, 294p.

- 10 - JEKEL, JF; ELMORE, JG; KATZ, DL. *Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine*. Philadelphia, Saunders, 1996, 297p.
- 11 - LAVELLE, T; HAMMERSLEY, R; FORSYTH, A. A short Scale for Predicting Drug Misuse Using Selected Items from the MMPI. *Brit J of Add*, 86: 49-55, 1991.
- 12 - MACANDREW, C. The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI. *Quart J Stud Alc*, 26: 238-246, 1965.
- 13 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Normas e Procedimentos na Abordagem do Alcoolismo*. 2.ed. Brasília, 1994, 61p.
- 14 - OLIVENSTEIN, C. *A Droga: Droga e Toxicômano*. 3.ed. São Paulo, Brasiliense, 1988.
- 15 - POLDRUGO, F; FORTI, B. Personality disorders and alcoholism treatment outcome. *Drug Alc Dep*, 21(3): 171-176, 1988.
- 16 - RAMOS, SP; BERTOLOTE, JM E COLS. *Alcoolismo Hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990, 236p.
- 17 - RIBEIRO, MS; RAMOS, AAM; MARTINS, RCV. O subdiagnóstico do alcoolismo no hospital geral. *HU Revista*, 21(1): 15-28, 1993/1995.
- 18 - RIBEIRO, MS; RAMOS, AAM; MARTINS, RCV. Inquérito Diagnóstico do Uso Abusivo de Etilícos no Hospital Geral. *J Bras Psiqui*, 44 (11): 569-582, 1995.
- 19 - RIBEIRO, MS; TEIXEIRA, LS; ALVES, MJM; VIANELLO, A; TEIXEIRA, YB. Alcoolismo: utilidade do MMPI (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade) na identificação de subgrupos de etilistas a partir de sua adesão a propostas terapêuticas. *Rev bras Neurol*, 34(1): 27-32, 1998.
- 20 - RIBEIRO, MS; ALVES, MJM; TEIXEIRA, YB; VIANELLO, A. Alcoolismo: caracterização de subgrupos de etilistas a partir de variáveis clínicas e psiquiátricas. *Rev bras Neurol*, 34(4): 145-152, 1998.
- 21 - RIBEIRO, MS; TEIXEIRA, LS; ALVES, MJM; CASTRO, LS. Alcoolismo e MMPI: Escala de MacAndrew e perfil de personalidade. *Rev bras Neurol*, 34(5): 181-192, 1998.
- 22 - RIBEIRO, MS; TEIXEIRA, LS; ALVES, MJM; CASTRO, LS. Aplicabilidade e motivos de invalidação do MMPI em abusadores e dependentes de etilícos. *Rev bras Neurol*, 34(6): 209-218, 1998.
- 23 - RIBEIRO, MS; TEIXEIRA, LS; ALVES, MJM; RONZANI, TM. Construção e Validação de Escalas para Identificação de Alcoolistas Derivadas do MMPI. *Rev bras Neurol*, 36(2):57-66,2000.
- 24 - ROUNSAVILLE, BJ; DOLINSKY, ZS; BABOR, TF; MEYER, RE. Psychopathology as a Predictor of Treatment Outcome in Alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 505-513, 1987.
- 25 - SCHUCKIT, M. *Abuso de Álcool e Drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991, 356p.
- 26 - SCHUCKIT, MA. Alcoholism and Sociopathy - Diagnostic Confusion. *Quart J Stud Alc*, 34: 157-164, 1973.
- 27 - SHER, KJ; TRULL, TJ. Personality and Disinhibitory Psychopathology: Alcoholism and Antisocial Personality Disorder. *J Abnl Psyc*, 103(1): 92-102, 1994.
- 28 - SHIRLEY, MC; WINDLE, M. Alcoholic Subtypes: Psychosocial Functioning in Vietnam Era Men. *J Subst Abuse*, 6: 279-293, 1994.
- 29 - SILVA, EA; FERRI, CP; FORMIGONI, MLOS. Situações de recaída em pacientes dependentes de álcool e outras drogas durante o tratamento: um estudo preliminar. *J bras Psiqui*; 44(6): 311-315, 1995.
- 30 - TONGE, E. A Visão Geral dos Problemas de Drogas no Mundo. In: Andrade, AG; Nicastrí, S; Tongue, E, editores, *Drogas: Atualização, Prevenção e Tratamento*. São Paulo, Lemos, s/d, 9-26p.
- 31 - VAGLUN, S; VAGLUN, P. Borderline and Other Mental Disorders in Alcoholic Female Psychiatric Patients: A Case Control Study. *Psychopathology*, 18: 50-60, 1985.
- 32 - VAGLUN, S; VAGLUN, P. Comorbidity for Borderline and Schizotypal Personality Disorders: A Study of Alcoholic Women. *J Nerv Ment Dis*, 177(5): 279-284, 1989.
- 33 - VAILLANT, GE. *A História Natural do Alcoolismo Revisitada*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999, 350p.
- 34 - VAILLANT, GE. Natural History of Male Alcoholism V: Is Alcoholism the Cart or the Horse to Sociopathy? *Brit J of Add* 78: 317-326, 1983.
- 35 - WOODRUFF, JR; RA, GUZE, SB; CLAYTON PJ. Alcoholics Who See a Psychiatrist Compared with Those Who Do Not. *Quart J Stud Alc*, 34: 1162-1171, 1973.