

REGINETE CAVALCANTI PEREIRA



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE
DEPRESSÃO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL**

RECIFE
2012

REGINETE CAVALCANTI PEREIRA



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE
DEPRESSÃO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL**

Tese aprovada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor.

Área de concentração: Neuropsicopatologia

Orientador: Prof. Dr. Murilo Duarte Costa Lima

Co-Orientador: Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

RECIFE
2012

Catálogo na fonte
Bibliotecária Gláucia Cândida, CRB4-1662

P436c Pereira, Reginete Cavalcanti.
Características clínicas da associação entre depressão e dependência de álcool / Reginete Cavalcanti Pereira. – Recife: O autor, 2012.
121 folhas: il.; 30 cm.

Orientador: Murilo Duarte Costa Lima.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2012.
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Alcoolismo. 2. Transtorno Depressivo. 3. Diagnóstico. I. Lima, Murilo Duarte Costa (Orientador). II. Título.

616.89 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2013-009)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Silvio Romero Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Francisco Ramos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Nicodemos Teles Pontes Filho

DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

DIRETOR

Prof. José Francisco Albuquerque

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO**

COORDENADOR

Profa. Marcelo Moraes Valença

VICE-COORDENADORA

Profa. Sandra Lopes de Souza

CORPO DOCENTE

Profa. Ângela Amâncio dos Santos
Profa. Belmira Lara da S.A.da Costa
Prof. Everton Botelho Sougey
Prof. Gilson Edmar Gonçalves e Silva
Prof. Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho
Prof. João Ricardo Mendes de Oliveira
Prof. Lúcio Vilar Rabelo Filho
Prof. Luiz Ataíde Junior
Prof. Marcelo Moraes Valença
Profa. Maria Lúcia de Bustamente Simas
Profa. Maria Lúcia Gurgel da Costa
Prof. Murilo Costa Lima
Prof. Otávio Gomes Lins
Prof. Othon Coelho Bastos Filho
Profa. Patrícia Maria Albuquerque de Farias
Profa. Pompéia Villachan Lyra
Prof. Raul Manhães de Castro
Profa. Sandra Lopes de Souza
Profa. Sílvia Regina de Arruda Moraes

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DA
DOUTORANDA REGINETE CAVALCANTI PEREIRA**

No dia 07 de dezembro de 2012, às 9h, no Auditório do térreo do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Vânia Pinheiro Ramos, Doutora Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco; Sandra Lopes de Souza, Doutora Professora do Departamento de Anatomia da Universidade Federal de Pernambuco; Valdenilson Ribeiro Ribas, Doutor Professor do Departamento de Fisioterapia e Pedagogia da Faculdade dos Guararapes; Murilo Duarte Costa Lima, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco e Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Doutoranda, REGINETE CAVALCANTI PEREIRA sobre a sua Tese intitulada "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL" orientada pelo professor Dr. Murilo Duarte Costa Lima. Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Doutoranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª. Drª. Vânia Pinheiros Ramos
Profª. Drª. Sandra Lopes de Souza
Prof. Dr. Valdenilson Ribeiro Ribas
Prof. Dr. Murilo Duarte Costa Lima
Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Aprovada
Aprovada
APROVADA
APROVADA
APROVADA

A minha avó Olivia (*in memoriam*), pelo incentivo e preocupação em minha formação pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me carregado no colo nos momentos difíceis desde caminhar, por ELE sempre me senti forte.

Aos meus orientadores, Dr. Murilo Duarte Costa Lima e Dr. Everton Botelho Sougey, por acreditarem em mim, e me mostrarem a importância do conhecimento científico.

A Solange e Fátima do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria, por sempre estarem disponíveis e agirem sempre com competência durante este percurso.

Ao meu marido, Luís Carlos Pereira, amigo e companheiro de todos os momentos pela paciência de ter convivido comigo neste percurso, que por tantos momentos tive de me ausentar de sua companhia, para privilegiar este trabalho, e em todas as minhas ausências fui entendida e acolhida com um carinho enorme de amor/amigo.

Aos meus filhos queridos, Aline Victória e João Pedro, que a todo o momento estavam me dando suporte e compreendendo as minhas ausências.

A irmã que a vida me presenteou, Fátima Góis, sempre por perto vibrando por mim e me dando força.

A Rosana Rodrigues, amiga querida, diariamente me dando forças, mostrando as evidências, falando, às vezes, comigo terapêuticamente, me fez perceber que eu chegava ao fim, viva e com saúde.

A todos os amigos, em especial a Spencer, que fizeram parte desse momento, vibraram por mim e acreditaram em mim.

A administração do PSF, Córrego da Fortuna, Distrito Sanitário III, e em especial às Agentes de Saúde que sem a ajuda dessa equipe seria impossível a coleta de dados

A todos os pesquisadores que me ajudaram na coleta de dados.

RESUMO

Objetivos: Determinar prevalência, características clínicas e sociodemográficas da associação entre depressão e dependência de álcool em uma população da área metropolitana do Recife. **Sujeitos e Métodos:** O corpus da pesquisa foi delimitado por revisão integrativa adotando o método de Torracco e Whittemore, questionando a relação entre alcoolismo e depressão e as evidências para afirmar a existência de um subtipo sindrômico de depressão relacionada ao alcoolismo. Foram admitidos como critérios de inclusão: artigos publicados em português, inglês, espanhol ou francês, com resumos disponíveis em quatro bases de dados, publicados entre 1981 e 2012, com metodologia possibilitando obter evidências fortes (níveis I, II e III). A partir de quadro demonstrativo das evidências de 765 resumos, foram selecionados 42 artigos completos que compuseram a revisão. Adicionalmente, foi realizado estudo descritivo, tipo inquérito de base populacional-territorial, de corte transversal, na comunidade Córrego da Fortuna, situada no bairro de Dois Irmãos em Recife, adscrita à Unidade de Saúde da Família, - Distrito Sanitário III, a partir de amostragem aleatória, admitindo como critérios de inclusão: residir na comunidade, faixa etária de 18 a 59 anos, boa compreensão do idioma português falado no Brasil, e aceitar participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram colhidos dados sociodemográficos de 332 residentes, em protocolo desta pesquisa, assim como as informações relativas ao consumo de álcool (pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT*) e aos transtornos mentais comuns (com o *Self Reporting Questionnaire - SRQ-20*), com o objetivo de determinar a frequência da associação entre transtornos mentais comuns e dependência de álcool. Na segunda etapa, foram incluídos os 84 residentes classificados nas categorias II, III ou IV do AUDIT, com o objetivo de descrever as características clínicas da dependência do álcool e da depressão, empregando o Inventário de Depressão de Beck e o questionário Genacis, para caracterização do consumo de álcool. **Resultados:** Na revisão integrativa, ficou evidenciada a necessidade de pesquisas detalhando a ingestão de álcool, para que essa caracterização possa auxiliar o diagnóstico da associação entre alcoolismo e depressão, já que essas morbidades se inter-relacionam, uma agravando a outra. No primeiro artigo, constatou-se que 88,0% faziam uso de álcool e haviam iniciado a ingestão em média na idade de $16,7 \pm 3,9$ anos. Foi identificado problema com alcoolismo na família de 135 (40,7%) sujeitos predominantemente em ascendentes (pai, mãe, tios, tias ou avós) e contemporâneos (irmãos, primos e cunhados). Classificados pelo AUDIT, os percentuais de zonas de risco foram 43,8%, 31,7%, 24,5%, respectivamente para as zonas I, II e III ou IV, havendo predomínio de sintomas depressivos, avaliados pelo SRQ-20. Na segunda etapa, constatou-se que dentre os 84 moradores alcoolistas nas zonas de risco II a IV do AUDIT, o percentual de depressão igualou-se a 40,48% e se caracterizou por sintomas e sinais que permitiram enunciar a hipótese de uma associação entre depressão e alcoolismo. **Conclusões:** Considerando a metodologia empregada neste estudo, parece plausível admitir uma associação entre depressão e alcoolismo com características clínicas comuns.

Descritores: Alcoolismo. Transtornos depressivos. Diagnóstico.

ABSTRACT

Objectives: To determine prevalence, clinical and sociodemographic characteristics of the association between depression and alcohol dependence in population of the metropolitan area of Recife. **Subjects and Methods:** The corpus of the research was defined by an integrative review, adopting Torraco and Whittemore method, questioning the relationship between alcoholism and depression and the evidences to affirm the existence of a syndrome subtype of depression related to alcoholism. Inclusion criteria were articles published in Portuguese, English, Spanish or French, with summaries available in four databases, published between 1981 and 2012, using a methodology that allowed to obtain strong evidence (level I, II and III), From a demonstrative evidence frame of 765 abstracts, 42 articles were selected that comprised the full review. Additionally, a descriptive, population-based type-territorial cross-sectional survey was conducted, in the community Córrego da Fortuna, situated in the neighborhood of Dois Irmãos in Recife, ascribed to the Family Health Unit, maintained by the City Hall of Recife - Health District III, based on random sampling, assuming the following inclusion criteria: to live in the community, be aged 18-59 years, with proper understanding of the Portuguese language spoken in Brazil, and agreeing to participate in the study by signing the Free Consent Term. The survey was conducted in two stages. At first, sociodemographic data were collected from 332 residents in this research protocol, as well as information relating to alcohol consumption (the Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT) and common mental disorders (the Self Reporting Questionnaire - SRQ- 20), in order to determine the frequency of association between common mental disorders and alcohol dependence. In the second stage of research, 84 residents, classified in categories II, III or IV of AUDIT, were included in order to describe the clinical characteristics of alcohol dependence and depression using the Beck Depression Inventory and the Genacis questionnaire to characterized the consumption of alcohol. **Results:** In the integrative review, the authors emphasize the need for research detailing the intake of alcohol, because this characterization may assist the diagnosis of the association between alcoholism and depression, as these illnesses are interrelated, so that one exacerbates the other. In the first article, it was found that 88.0% drank alcohol and had started drinking at an average age of 16.7 ± 3.9 years. We identified problem with alcoholism in the family of 135 (40.7%) subjects predominantly ancestors (father, mother, uncles, aunts or grandparents) and contemporary (siblings, cousins and in-laws). The percentage of risk areas classified by AUDIT were 43.8%, 31.7%, 24.5%, respectively for zones I, II and III or IV, with a predominance of depressive symptoms, assessed by the SRQ-20. In the second stage, it was found that among 84 dwellers, alcoholics in risk zones II to IV of the AUDIT, the percentage of depression was 40.48%, characterized by symptoms and signs that allowed the hypothesis of an association between depression and alcoholism. **Conclusions:** Given the methodology used in this study, it seems plausible to assume the association of depression and alcoholism with common clinic characteristics.

Descriptors: Alcoholism. Depressive Disorders. Diagnosis.

LISTA DE TABELAS

Primeiro Artigo

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos 332 sujeitos da pesquisa – julho-novembro 2011, Recife, PE	50
Tabela 2 – Distribuição das características relacionadas à ingestão de bebidas alcoólicas – julho-novembro 2011, Recife, PE	52
Tabela 3 – Distribuição de médias de idades e de tempo de ingestão de álcool, segundo classificação do questionário AUDIT	54
Tabela 4 – Distribuição de médias e de desvio padrão de pontuações nos domínios do SRQ-20, segundo classificação do questionário AUDIT	56

Segundo Artigo

Tabela 1 – Médias das pontuações do BDI segundo zonas de risco do AUDIT e sexo dos 84 moradores	68
Tabela 2 – Distribuição das variáveis sociodemográficas do GENACIS, segundo depressão avaliada pelo BDI	69
Tabela 3 – Distribuição da frequência de consumo de álcool, segundo tipo de companhia e depressão identificada pelo BDI	70
Tabela 4 – Distribuição da frequência de sintomas relacionados ao consumo de álcool segundo depressão avaliada pelo BDI	72
Tabela 5 – Distribuição dos efeitos atribuídos ao consumo de álcool segundo depressão avaliada pelo BDI	74
Tabela 6 – Distribuição de médias e desvios-padrão dos sintomas depressivos avaliados no BDI	76

LISTA DE QUADROS

Primeiro Artigo

Quadro 1 – Características dos artigos incluídos na revisão integrativa	19
---	----

LISTA DE FIGURAS

Primeiro Artigo

Figura 1 – Distribuição de frequência de referência de familiares envolvidos com alcoolismo	53
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Primeiro Artigo

Gráfico 1 – Distribuição de médias e intervalos de confiança de idade de início de ingestão de bebidas alcoólicas segundo classificação da ingestão pelo questionário AUDIT	54
Gráfico 2 – Distribuição de médias e intervalos de confiança tempo de ingestão de bebidas alcoólicas segundo classificação da ingestão pelo questionário AUDIT	54
Gráfico 3 – Distribuição de frequência de transtornos mentais comuns segundo classificação da ingestão pelo questionário AUDIT	55

Segundo Artigo

Gráfico 1 – Distribuição dos problemas associados à bebida, segundo depressão identificada pelo BDI	69
Gráfico 2 – Distribuição de frequência de consumo de álcool segundo tipo de local e depressão avaliada pelo BDI	71
Gráfico 3 – Distribuição das pessoas que aconselharam a redução do consumo de álcool dos moradores segundo depressão avaliada pelo BDI	75

LISTA DE ABREVIATURAS

AA – Alcoólicos Anônimos

APA – *American Psychiatry Association*

AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*

BDNF – *Brain-Derived Neurotrophic Factor*

BIREME – Biblioteca Regional de Medicina

CID – Classificação Internacional de Doenças

DS – Distrito Sanitário

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

GENACIS – *Gender, Alcohol and Culture: on International Study*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAHO – *Pan American Health Organization*

PCR – Prefeitura da Cidade do Recife

PSAD - *Psychosomatic Anxiety-Depression*

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

SRQ – *Self Reporting Questionnaire*

SUS – Sistema Único de Saúde

TMC – Transtornos Mentais Comuns

UFRPE – Universidade Federal Rural de Pernambuco

WHO. *World Health Organization*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 REVISÃO DA LITERATURA	12
INTRODUÇÃO	15
METODOLOGIA	17
RESULTADOS	18
DISCUSSÃO	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
2 MÉTODOS	34
2.1 Método da revisão integrativa	35
2.2 Método da pesquisa de campo	36
2.2.1 Instrumentos de coleta	37
2.2.2 Procedimento e coleta dos dados	39
2.2.3 Análise dos dados	39
2.2.4 Aspectos éticos	40
REFERÊNCIAS	40
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
3.1 PRIMEIRO ARTIGO - PRESENÇA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE CONSUMIDORES DE ÁLCOOL	42
INTRODUÇÃO	45
MÉTODOS	46
Instrumentos de coleta	47
Procedimento e coleta dos dados	48
Análise dos dados	49
Aspectos éticos	49
RESULTADOS	49
Caracterização da primeira fase	49
Caracterização da ingestão de bebidas alcoólicas	50
Caracterização dos transtornos mentais comuns, avaliados pelo questionário SRQ-20	55
DISCUSSÃO	56
CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	60
3.2 SEGUNDO ARTIGO - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	62
INTRODUÇÃO	65
MÉTODOS	66
RESULTADOS	68
DISCUSSÃO	76
CONCLUSÕES	81
REFERÊNCIAS	82
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	85
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	90
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91

APÊNDICE B - FICHA DE PESQUISA: CARACTERÍSTICAS BIOSSOCIODEMOGRÁFICAS	93
ANEXOS	94
ANEXO A - SRQ-20.....	95
ANEXO B - AUDIT.....	96
ANEXO C - INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO.....	98
ANEXO D - QUESTIONÁRIO GENACIS – OPAS.....	100
ANEXO E – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO	114
ANEXO F – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE PARA COLETA DOS DADOS	115
ANEXO G – CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA PELA PREFEITURA DO RECIFE.....	116

APRESENTAÇÃO

A depressão é um distúrbio afetivo e consiste em um conjunto de sinais e sintomas incluindo alteração do humor, inibição psicomotora, tristeza vital, anedonia, irritabilidade. Ideias de culpa e auto-recriminação podem estar presentes em graus variados, podendo chegar até uma escalada de atos visando à autodestruição (APA, 2010, CID-10, 2003).

A depressão encontra-se entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes e sua prevalência tem aumentado. Em 2000, a doença atingia 340 milhões de pessoas, passando a 350 milhões, em 2012, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012).

Em estudo realizado nos Estados Unidos, empregando os critérios do DSM-IV, a prevalência de depressão, no período de 2006 a 2008, igualou-se a 9,1%, correspondendo a 235.067 casos diagnosticados (MMWR, 2010).

Em relação a distúrbios mentais no Brasil, em 2008, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 4,1% da população declarou ter depressão diagnosticada, ou seja, 7.837.541 pessoas (IBGE, 2010). No entanto esse percentual pode ser ainda maior tendo em vista que, em 2000, estudo realizado em São Paulo, coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), revelou que 15,5% da população apresentava distúrbios do humor (depressão) e 16,1% usavam substâncias psicoativas, incluindo o álcool (WHO, 2000).

A maioria dos estudos de co-morbidade psiquiátrica considera que os diagnósticos mais frequentemente associados às farmacodependências são os transtornos depressivos. Em 2009, dentre 85.861 pacientes internados, nos Estados Unidos da América, 23% tinham diagnóstico de transtorno afetivo de depressão e, destes, 15% eram dependentes de drogas (Prince et al., 2009). Estudo realizado na Nova Zelândia demonstrou que 30% das pessoas com depressão maior apresentavam consumo de substâncias ilícitas percentual maior que os 15% verificado na população em geral (NZMA, 2010).

Carlini et al. (2002), comparando 107 cidades brasileiras e norte-americanas, descreveram que, em relação a qualquer droga, a prevalência era de 19,4% no Brasil

versus 38,9% nos Estados Unidos e a taxa de dependência para álcool, no Brasil, atingia a cifra de 11,2%.

Galduroz e Caetano (2004) demonstraram prevalência de dependência de álcool igual a 11,2%, associada ao aumento significativo da incidência, passando de 6,6%, em 2000, para 9,4% de dependentes de álcool.

Conforme demonstram estudos epidemiológicos, partiu-se da hipótese da existência de associação de dependência de álcool e depressão, a qual sugere a possibilidade de uma relação causal entre essas morbidades ou a existência de fatores de vulnerabilidade comuns. Independente de a depressão ser anterior ou posterior à instalação da dependência química, a detecção precoce desses quadros psicopatológicos contribui para maior eficácia terapêutica, além de diminuir os índices de recaída (Ravndal, Vaglum, 1991).

Tendo em vista que os profissionais de saúde mental comumente se deparam com pacientes que apresentam simultaneamente alguma forma de depressão e dependência química, incluindo o álcool, e que esses pacientes representam verdadeiro desafio diagnóstico e terapêutico, o tema tem importância social e clínica (Hetem, 1999).

O presente estudo se propõe a investigar prevalência, características clínicas e sociodemográficas da associação entre depressão e dependência de álcool em uma população da área metropolitana do Recife.

Esta tese está composta por quatro capítulos. No primeiro, sob título *Depressão e dependência de álcool: diálogo com as pesquisas e busca de entendimento*, é apresentada revisão integrativa da literatura publicada entre 1981 e 2012 sobre as evidências de associação entre alcoolismo e depressão, a partir de pesquisa nos periódicos publicados nas bases de dados MedLine (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências na Saúde), Cochrane, Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), *Academic Research Library* (ProQuest), *Biological Abstracts*, *Biology Journals* (ProQuest), *Electronic Journals* (EBSCO), *Medical Library* (ProQuest), *Psychology Journals* (ProQuest) e *Science Journals* (ProQuest), empregando como palavras-chave, em português e em inglês, “depressão e dependência de álcool”, “abuso de substâncias”, “dependência química”, “abuso de álcool e outras drogas”, “*depression and alcohol dependence*”, “*substance abuse*”, “*chemical dependence*”, “*abuse of alcohol and other drugs*”.

No segundo capítulo, são descritos os métodos empregados na construção da revisão integrativa, assim como aqueles utilizados na pesquisa de campo, da qual resultaram dois artigos que compuseram os resultados e a discussão desta tese.

No terceiro capítulo, apresentam-se os resultados desta tese, sob a forma de dois artigos. O primeiro artigo, sob título *Presença sintomas transtornos mentais comuns entre consumidores de álcool*, contém os resultados de pesquisa realizada entre 332 moradores da comunidade, situada no bairro de Dois Irmãos, na cidade do Recife, empregando como instrumentos o questionário AUDIT, para caracterização do alcoolismo, e o questionário SRQ-20, para caracterização de distúrbios psiquiátricos comuns.

O segundo artigo, sob título: *Características clínicas resultantes da associação entre depressão e dependência de álcool*, está composto pelos resultados de pesquisa realizada entre 84 alcoolistas, moradores da comunidade Córrego da Fortuna, situada no bairro de Dois Irmãos, na cidade do Recife, diagnosticados pelo questionário AUDIT, cuja depressão foi avaliada pelo Inventário de Depressão de Beck e características clínicas e de consumo pelo questionário Genacis, padronizado pela Organização Pan-Americana de Saúde.

No quarto capítulo, são tecidas as considerações finais e feitas recomendações, com base nos resultados da pesquisa realizada. Logo em seguida, estão as referências dessa apresentação.

Dentre os apêndices dessa pesquisa estão o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A) e a ficha de pesquisa das características biossociodemográficas (Apêndice B). Os anexos estão compostos pelos questionários SRQ-20 (Anexo A) e AUDIT (Anexo B), Inventário de Depressão de Beck (Anexo C), questionário Genacis (Anexo D), carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Anexo E), carta de Anuência da Prefeitura do Recife (Anexo F) e carta de apresentação da pesquisadora pela Prefeitura do Recife ao Distrito Sanitário III (Anexo G).

1 REVISÃO DA LITERATURA

Depressão e dependência de álcool: diálogo com as pesquisas e busca de entendimento

Depression and alcohol dependence: dialogue with the researches and search for acquaintance

Reginete Cavalcanti Pereira¹, Everton Botelho Sougey², Murilo Duarte Costa Lima²

Não há conflito de interesse.

¹ – Psicóloga. Professora da Universidade Federal Rural de Pernambuco e da Faculdade Frassinetti do Recife

² – Médico Psiquiatra. Professor da Universidade Federal de Pernambuco

Endereço para correspondência:

Reginete Cavalcanti Pereira

Rua José Aderval Chaves, 78 sala 509 – Boa Viagem, Recife, Pernambuco

CEP: 51111-030 Telefone: 55(81)99631247

Endereço eletrônico: reginetepsi@hotmail.com

Revisão integrante de tese da Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Objetivos: Apresentar as evidências sobre a associação entre depressão e alcoolismo, detalhando as discussões acerca de subtipos sindrômicos de depressão nesses pacientes. **Método:** Para delimitar o corpus da pesquisa, foi realizada revisão integrativa da literatura adotando o método de Torracco e Whittemore, questionando qual a relação entre alcoolismo e depressão e, em caso afirmativo, quais as evidências para se afirmar a existência de um subtipo sindrômico de depressão relacionada ao alcoolismo? Foram admitidos como critérios de inclusão: artigos publicados em português, inglês, espanhol ou francês, com resumos disponíveis em quatro bases de dados, publicados entre 1981 e 2012; com metodologia que permitisse obter evidências fortes (níveis I, II e III). A partir de quadro demonstrativo das evidências de 765 resumos, foram selecionados 42 artigos completos que compuseram a revisão. **Resultados:** Na revisão integrativa, ficou evidenciada a necessidade de pesquisas detalhando as características do alcoolismo em pacientes com depressão, para que essa caracterização possa auxiliar o diagnóstico da associação entre alcoolismo e depressão, já que essas morbidades se inter-relacionam, de forma que uma agrava a outra. A associação das características do alcoolismo como doença e da depressão apontam para características clínicas e comportamentais que têm embasado a discussão de um subtipo sindrômico de depressão, principalmente na atualidade, quando se discute a nova classificação de doenças mentais. **Conclusões:** As evidências apontam a existência de uma associação entre depressão e alcoolismo com características clínicas comuns, sugerindo um subtipo sindrômico de depressão.

Descritores: Alcoolismo. Transtornos depressivos. Diagnóstico.

ABSTRACT

Objective: To present evidence on the association between depression and alcoholism, detailing the discussions about syndromal subtypes of depression in these patients. **Methods:** To define the corpus of the research an integrative literature review was conducted adopting Torracco and Whittemore method, questioning what is the relationship between alcoholism and depression and, if so, what evidence to affirm the existence of a syndromic depression subtype related to alcoholism? Inclusion criteria were: articles published in Portuguese, English, Spanish or French, with summaries available in four databases, published between 1981 and 2012, using a methodology that allowed to obtain strong evidence (level I, II and III). Based on a demonstrative frame of 765 abstracts, 42 articles were selected that comprised the full review. **Results:** In an integrative review, the authors emphasize the need for research detailing the characteristics of alcoholism in patients with depression, because this characterization may assist the diagnosis of the association between alcoholism and depression, as these illnesses are interrelated, so that one worsens the other. The association of alcoholism and depression point to clinical and behavioral characteristics that have grounded the discussion of a syndromic depression subtype, especially today, when the new classification of mental illness is in construction. **Conclusions:** The evidence suggests the existence of an association between depression and alcoholism with clinical characteristics, suggesting a syndromic depression subtype.

Descriptors: Alcoholism. Depressive Disorders. Diagnosis.

INTRODUÇÃO

A depressão, tal como o alcoolismo, é considerada um problema de saúde pública dada sua alta prevalência na população em geral e os prejuízos que causa ao indivíduo e à sociedade. Desde 1999, Hetem¹ ao realizar revisão da literatura, chamara à atenção para a associação entre depressão e alcoolismo, dado que uma morbidade pode agravar a outra.

O álcool é considerado o maior fator de risco para morbidade e mortalidade nas Américas, onde o consumo atinge níveis mais altos que a média global e a abstenção de ingestão alcoólica entre homens e mulheres, percentuais mais baixos. No Brasil, entre 2001 e 2003, eram abstêmios 13% dos homens e 31% das mulheres e o consumo de álcool por pessoa com 15 anos ou mais de idade igualava-se a 8,8 L *per capita*/ano, quando o consumo mundial alcançava 6,2 litros *per capita*/ano².

Pesquisa realizada em 107 cidades brasileiras com mais de 20.000 habitantes, demonstrou que, em 2001, 68,7% dos 32.324 entrevistados haviam feito uso de álcool em alguma ocasião da vida e 11,2% eram álcool-dependentes³. A magnitude do problema do alcoolismo foi mais preocupante ao se identificar que 28,45% da população com idade de 16 a 79 anos ingeria mais de 60 g de álcool por dia, em 2007, caracterizando alcoolismo pesado².

A caracterização do alcoolismo como doença percorreu a história desde 1797, quando Rush, médico norte-americano, descreveu as manifestações de uma síndrome que incluía a perda do controle sobre o comportamento de ingestão da bebida, até os dias de hoje, sem que os critérios de definição e caracterização da doença pudessem ser consenso mundial⁴. O alcoolismo é considerado uma doença, mas não se conhecem os mecanismos anatômicos, fisiológicos e comportamentais de desenvolvimento e progressão, bem como não foram identificados os fatores causais⁵.

O alcoolismo está associado a uma gama significativa de situações adversas à sociedade e à saúde, dentre as quais está o desencadeamento ou agravamento da

depressão, seja em decorrência do uso da bebida^{6,7,8}, seja no curso do tratamento para abandono ou controle da doença⁹.

A depressão tem sido reconhecida como uma condição séria nos últimos 2000 anos. Apesar de as definições variarem ao longo do tempo, o constructo central da depressão tem permanecido intacto: uma condição de desânimo e de anergia associada a uma tristeza normal, mas criticamente diferente na severidade, duração e/ou presença de fator desencadeante. Nessa situação, são comuns sintomas de fadiga, irritabilidade, baixas autoestima e autoconfiança, visões sombrias e pessimistas do futuro, ideias de culpa e desvalia, podendo chegar à autoagressão e suicídio^{10,11}.

A depressão é considerada importante fator contribuinte para o desencadeamento de outras doenças, estimando-se que, em 2020, será a segunda maior causa de doença mental, com poder preditivo de mortalidade igual ao do tabagismo¹².

Estudos mais recentes, investigando pacientes resistentes ao tratamento medicamentoso da depressão, têm comprovado que a doença apresenta comportamento biológico heterogêneo. Essa heterogeneidade permite admitir a existência de subtipos sindrômicos, baseados nas diferenças fenomenológicas, as quais podem refletir anormalidades em circuitos neurais interconectados, desencadeadas por um agente estressor^{11,13,14}.

Adicionalmente, diversas pesquisas demonstram associação entre alcoolismo e depressão, podendo ser esse o agente estressor desencadeante do desequilíbrio do humor normal para a anergia e a tristeza profunda^{1,6,8,9,15,16}. No entanto essa hipótese não é consenso, posto que alguns autores não encontram associação significativa entre alcoolismo e depressão^{17,18,19,20}.

Empregando a linha de raciocínio desenvolvida por Holtzheimer e Mayberg¹³, da depressão como desequilíbrio do humor por fator estressor, bem como a possibilidade aventada por Sharpley e Bitsika¹⁴ de que a depressão pode ser um estado adaptativo à ação de fatores estressores sobre os quais o indivíduo não tem domínio, foi lançada a hipótese da existência de um subtipo sindrômico de depressão ligada ao alcoolismo, o qual seria desencadeado em função do impacto que a ingestão alcoólica exercesse sobre os valores e crenças do bebedor.

O objetivo desta revisão integrativa é apresentar as evidências sobre a associação entre depressão e alcoolismo, detalhando as discussões acerca de subtipos sindrômicos de depressão nesses pacientes.

METODOLOGIA

Para elaboração da revisão integrativa admitiu-se o método preconizado por Torracco²¹ e Whittemore²², o qual permite analisar e criticar a literatura, gerando nova compreensão de um assunto, por meio de uma ou mais sínteses, que possam associar a teoria à prática. As seguintes etapas foram obedecidas: estabelecimento de hipótese e objetivo da revisão, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção de amostra), definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, discussão, consistindo a última etapa na apresentação da revisão.

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: qual a relação entre alcoolismo e depressão e, em caso afirmativo, há evidências para se afirmar a existência de um subtipo sindrômico de depressão relacionada ao alcoolismo?

Para a seleção dos artigos, foram utilizadas quatro bases de dados, a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LiLacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e EBSCO *Publishing*. Dessa forma, buscou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de seleção. Nas bases de dados BIREME e LiLacs, buscaram-se artigos nos idiomas português e espanhol, publicados na América Latina e no Caribe. Na base de dados MEDLINE, foram acessados artigos relativos a pesquisas experimentais, quase-experimentais, assim como estudos de campo publicados no idioma inglês, enquanto que a base de dados EBSCO serviu de fonte para artigos publicados na Europa, nos idiomas francês e espanhol.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos, inicialmente, para a presente revisão integrativa, foram artigos publicados em português, inglês, espanhol ou francês, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 1981 e 2012; artigos com metodologia que permitisse obter evidências fortes (níveis I, II e III), incluindo revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos aleatorizados, controlados, ensaios com delineamento de pesquisa quase-experimental e artigos que detalhassem procedimentos, intervenções ou diretrizes sobre alcoolismo e prevenção.

Em virtude das características específicas para o acesso às bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão da revisão integrativa. As palavras-chave utilizadas foram depressão, transtornos depressivos e alcoolismo. A busca realizada *on-line* forneceu como resultado a localização de 765 resumos.

Com esses resumos, foi elaborado quadro demonstrativo, que foi submetido à validação aparente e de conteúdo por dois juízes, docentes de universidades pública e privada, com experiência no tema de investigação, os quais sugeriram inclusões e exclusões, que consistiram em imprecisões metodológicas, marcadamente relacionadas ao tamanho amostral e ao detalhamento dos métodos de análise dos dados. Os artigos não excluídos foram lidos na íntegra, elaborando-se novo quadro demonstrativo, que consistiu nos resultados desta revisão (Quadro 1).

A apresentação dos resultados e da discussão foi feita de forma descritiva, integrativa, para permitir ao leitor avaliar a aplicabilidade das informações na prática, contribuindo para melhoria da qualidade do atendimento a pacientes alcoolistas com depressão.

RESULTADOS

A terceira fase da revisão consistiu em sintetizar as informações obtidas, analisando as contraposições construídas ao longo do tempo, para finalmente identificar as concordâncias e discordâncias que deram origem à melhor evidência com aplicação prática.

Quadro 1 – Características dos artigos incluídos na revisão integrativa

Autor(es)	Ano	Tipo de estudo	Amostra	Instrumentos e Resultados
Cloninger, Bohman e Sigvardsson ²³	1981	Experimental	-	Há comprovação experimental de que a síndrome do abuso do álcool é determinada por um conjunto de genes de pequeno efeito, mas ação acumulativa
Lesch et al. ²⁴	1988	Revisão da literatura	-	Considerando o curso clínico do alcoolismo, sugere a adoção de diferentes tipos para prognóstico com fins forenses
Phillips ⁴	1990	Revisão da literatura	-	Aborda a história do uso do álcool e dos sintomas do consumo excessivo
Kessler et al. ²⁵	1997	Base populacional	9.090	Entrevista psiquiátrica estruturada – Resultado: identifica prevalência de depressão de 16,2%
Hetem ¹	1999	Revisão da literatura	-	A co-ocorrência de depressão e transtornos relacionados ao abuso de álcool é comum e tem implicações clínicas relevantes, porque um transtorno agravar o prognóstico do outro
Associação Psiquiátrica Americana ¹⁰	2000	-	-	Manual de diagnóstico de distúrbios da saúde mental – DSM IV
Bucholz et al. ²⁶	2000	Base populacional	6.322	DSM-III-R; Entrevista estruturada psiquiátrica - Identifica associação de distúrbio de personalidade antissocial, consumo de álcool, dependência de outras drogas e transtornos psiquiátricos sem relação com o grau de severidade
Babor et al. ²⁷	2001	Revisão da literatura	-	Definição e instrução do uso do AUDIT
Galduróz e Caetano ³	2004	Base populacional	32.324	O consumo de álcool entre brasileiros com 12 anos ou mais de idade foi considerado alto e preocupante
Gigliotti e Bessa ³³	2004	Revisão da literatura	-	Evolução do conceito de síndrome de dependência do álcool e critérios diagnósticos
O'Donnell et al. ²⁸	2006	Base populacional	15.748	AUDIT; BDI – - identifica forte associação entre sintomas depressivos e consumo de álcool, principalmente quando maior que cinco drinques em duas semanas
Rehm, Taylor e Patra ²⁹	2006	Base populacional 2 ^{ário}	-	Avaliando os prejuízos atribuíveis ao álcool nas regiões europeias, identifica o consumo de 12,1 litros de álcool puro per capita e uma perda de 10,7% das atividades de vida diária
Pan American Health Organization ²	2007	Base populacional	46.990	GENACIS – houve diferenças do consumo de álcool e problemas relacionados com álcool entre sexo masculino e feminino
Li, Hewitt e Grant ⁵	2007	Comentário publicações clássicas	-	Historicidade e comentário da construção do alcoolismo como síndrome de dependência

Autor(es)	Ano	Tipo de estudo	Amostra	Instrumentos e Resultados
Brand et al. ³⁰	2007	Revisão da literatura	-	Comparação entre políticas para controle dos problemas relacionados ao álcool instituídas em 30 países e implicações nos custos com tratamento de acidentes por álcool
Hasin et al. ³¹	2007	Base populacional	43.093	Entrevista psiquiátrica estruturada; AUDADIS-IV, que contempla diagnósticos de depressão maior, transtorno bipolar e distímia – identifica forte associação entre síndrome de consumo do álcool com distúrbios de dependência de outras drogas, de personalidade, ansiedade e humor
Almeida-Filho et al. ³²	2007	Transversal	2.302	PSAD; QMPA; Questionário dirigido para padrão de consumo de álcool – - constata 15% de ansiedade, 12% de sintomas depressivos e 7% de dependência ou abuso de álcool, com maior associação entre mulheres e 1% de associação dos três sintomas, maior entre depressão e álcool
Watts ⁸	2008	Revisão da literatura	-	Descreve aspectos semiológicos, diagnósticos e terapêuticos da síndrome de dependência do álcool
Santana e Negreiros ¹⁶	2008	Descritivo	484	AUDIT; BDI – identifica 82,5% dos adolescentes em zona de risco para síndrome de abuso do álcool e 9% de disforia ou depressão, com correlação positiva e significativa com consumo alcoólico
Smith e Shevlin ³⁴	2008	Base populacional	8.580	AUDIT; CIS-R – - identificação de que o AUDIT é um instrumento capaz de diferenciar classes de risco de consumo do álcool, associado ao aumento da ansiedade
Davis ³⁵	2008	Revisão da literatura	-	Demonstra que o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), regulador do desenvolvimento e da plasticidade neuronal pode estar relacionado aos problemas de consumo de álcool, assim como a depressão
Heckman, Silveira ⁷	2009	Revisão da literatura	-	Descreve aspectos semiológicos, diagnósticos e terapêuticos da síndrome de dependência do álcool
Mykletun et al. ¹²	2009	Base populacional	61.349	Identificação da associação entre sintomas depressivos e ansiosos como preditores de mortalidade, sugerindo a importância de seu tratamento
Kelly, Magill e Stout ³⁶	2009	Longitudinal observacional	1.706	BDI – analisa a relação entre a terapia empregada no AA e os resultados de abandono do uso do álcool, identificando que derivam da redução dos sintomas depressivos
Gamble et al. ⁹	2010	Ensaio clínico multicêntrico	1.726	Beck depression inventory; Cálculo da média e frequência de consumo – - identifica a associação de sintomas depressivos com aumento do consumo de bebida pós-tratamento, recomendando investigação dessa associação na alta do doente
Sharpley e Bitsika ¹⁴	2010	Revisão da literatura	-	Questionamento da hipótese de que a depressão pode ser um processo adaptativo natural a ambientes hostis. Inclui considerações sobre alcoolismo
Oliveira et al. ¹⁵	2010	Base populacional	86	CAGE; SRQ-20; Questionário de fatores de risco para saúde mental – - identifica concomitância de depressão, ansiedade e alcoolismo em 14,3% da amostra, com associação não significativa
Bortoluzzi et al. ¹⁷	2010	Base populacional	828	BDI; BAI – identifica prevalência de consumo frequente de álcool de 45,5% com associação entre depressão e consumo de álcool ao menos uma vez ao mês. O grau de ansiedade não se associou ao consumo
Boschloo et al. ¹⁸	2010	Base populacional	1.756	IDS; AUDIT; BAI – identifica que alto grau de ansiedade e depressão pode distorcer os resultados do AUDIT, subdiagnosticando síndrome de consumo do álcool

Autor(es)	Ano	Tipo de estudo	Amostra	Instrumentos e Resultados
Prado et al. ²⁰	2010	Base populacional	2.083	CIDI na forma curta; GENACIS – identifica associação entre depressão e síndrome do abuso de álcool, nos homens a depressão associou-se ao padrão de consumo e nas mulheres, à convivência com cônjuge com problemas devidos ao álcool
Johnson ³⁷	2010	Revisão da literatura	-	Considerando a neurobiologia da dependência do álcool e sua associação com a depressão recomenda investigação das duas doenças no atendimento e tratamento de pacientes em emergência
Patkar e Li ³⁸	2010	Editorial	-	HAM-D; AUDIT – ressalta que o tratamento da dependência do álcool deve contemplar o tratamento da depressão porque os dois comprometimentos estão habitualmente associados
Sinclair et al. ³⁹	2010	Revisão sistemática	17	Identifica que os estudos experimentais não avaliam e descrevem consistentemente a relação entre depressão e dependência de álcool, apesar do impacto dessa associação
Cranford, Nolen-Hoeksema e Zucker ⁶	2011	2 ^{ário} de base populacional	43.093	AUDADIS IV – prevalência de abuso ou dependência de álcool nos últimos 12 meses para adultos com 18 anos ou mais de idade igual a 1,2%, mais frequente entre homens, associada a episódio depressivo maior
Holtzheimer e Mayberg ¹³	2011	Revisão da literatura	-	Redefinição do conceito de depressão com foco na sintomatologia, facilitando o diagnóstico e as pesquisas
Levola, Holopainen e Aalto ¹⁹	2011	Base populacional	2.086	BDI longo e curto; AUDIT – existência de associação positiva forte entre depressão e consumo pesado de álcool em homens, mas não em mulheres
Satre et al. ⁴⁰	2011	Base populacional	1.183	BDI-II; SMAST com Escala de Sócrates – identifica o subdiagnóstico de problema com consumo de álcool em pacientes com depressão e 73,9% de consumo de álcool em depressivos
Boden e Fergusson ⁴¹	2011	Metanálise	16	Mostra a possibilidade de uma ligação causal entre distúrbios de consumo de álcool e depressão maior num sistema interdependente e alerta para a necessidade de investigação da associação das doenças
Hauser et al. ⁴²	2011	Revisão da literatura	-	Amostra de ratos Wistar e comprova que após intoxicação por álcool, há desenvolvimento de sintomas depressivos e redução do BDNF, sugerindo a existência de redes neurais que determinam a dependência do álcool
Harald e Gordon ¹¹	2012	Metanálise	754	Identificação de subtipos de depressão e sua relação intrínseca, não específica com consumo de álcool e falha no tratamento
Lawford et al. ⁴³	2012	Base populacional	219	AUDIT – identifica a possibilidade de o uso de drogas antipsicóticas aumentarem a pontuação do AUDIT
Jakubczyk et al. ⁴⁴	2012	Base populacional	304	BIS-XI; BDI; BHS; MAST; SAOM; SIP; FIND – comprova que há forte correlação entre impulsividade, sintomas depressivos e dependência de álcool

Legendas: Para investigação de depressão: SRQ – *Self Report Questionnaire*, BPRS – *Brief Psychiatric Rating Scale*, BDI – *Beck Depression Inventory*, SADS – *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*, CGI-S – *Clinical Global Impression Severity*, Para investigação de alcoolismo: CAGE – *Cut down, annoyed, guilty, eye opened questionnaire*, ADS – *Alcohol Dependence Scale*, AUDADIS IV – *Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule – DSM IV Version*, RAPS4 - *Rapid Alcohol Problems Screen*; SMAST - *Short Michigan Alcohol Screening Test*; 4 Para outras investigações: TAS – *Toronto Alexithymia Scale*, EFN – *Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo*, ISBRA - *International Society for Biomedical Research on Alcoholism*, NESARC - *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*

DISCUSSÃO

O consumo do álcool tem sido considerado prioridade pela Organização Mundial de Saúde, tanto pelo impacto da dependência para o setor saúde, quanto pelos prejuízos relacionados aos acidentes de trânsito. Devido aos prejuízos sociais a para mitigar os efeitos adversos do álcool, os países têm aumentado as políticas regulatórias envolvendo disponibilidade de venda do álcool, o contexto da ingestão, o preço das bebidas, as medidas de advertência quanto aos defeitos deletérios do consumo e a legislação para condução de veículos motores. Mesmo assim, há grande variabilidade dessas políticas como também das políticas de saúde, exigindo revisão para melhor qualidade de vida da sociedade³⁰.

Dentre essas revisões de políticas está a da política de saúde, que tem por objetivo, também, o consenso da conduta diagnóstica, prognóstica e terapêutica do alcoolismo ou dos distúrbios do uso do álcool. Para que essas políticas possam ser implementadas, é necessário o conhecimento dos múltiplos aspectos da doença, nele incluída a depressão, aspecto que motivou a presente revisão.

Esta revisão integrativa deixou perceber que o primeiro desafio com que se depara o profissional de saúde diante de um indivíduo que faz uso de bebida alcoólica é classificar esse uso, definindo a existência de problema com álcool. Esse desafio vem sendo estudado desde 1992, quando Babor et al.²⁷ propuseram o *Alcohol Use Disorders Identification Test*, conhecido pela sigla AUDIT. Em conjunto de estudiosos da Organização Mundial de Saúde, houve consenso de que o AUDIT atendia a esse objetivo, tendo sido empregado, desde então para triagem de alcoolismo e direcionamento para tratamento.

Ainda que a triagem de indivíduos com problema de ingestão de álcool fosse realizada satisfatoriamente pelo AUDIT, alguns estudiosos alertaram da necessidade de determinar subtipos de alcoolismo, para melhor direcionar o tratamento e as medidas preventivas³³. Diversas escalas passaram a ser usadas, dentre as quais a de Cloninger et al.²³, que deu origem à classificação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*³³, a tipologia de Lesch et al.²⁴, a de Bucholtz et al.²⁶, todas para diagnóstico psiquiátrico.

Essas escalas não eram ideais para investigação rápida, especialmente em atendimentos de emergência, fazendo com que o AUDIT continuasse a ser largamente empregado em diversos países, ainda que despertasse críticas, por não classificar os subtipos de alcoolismo.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde solicitou a um grupo de pesquisadores a determinação de pontos de corte para classificação de subtipos de consumo de álcool, avaliados com o AUDIT. Diferindo de outras classificações, o grupo de pesquisadores tomou por parâmetro o nível de consumo que determinaria o tipo de intervenção mais indicada, já que o objetivo do questionário é refletir o nível de risco do paciente para desenvolvimento de uso abusivo ou dependência do álcool, devendo então ser encaminhado a serviços especializados.

Foram definidas quatro zonas de risco: zona I, para a qual estava indicada a educação para o consumo responsável de bebida alcoólica; zona II, que já exigia aconselhamento para restrição do consumo de bebidas, especialmente destinado a pacientes em primeiro atendimento emergencial por embriaguez; zona III, caracterizada pela necessidade de monitoramento contínuo do paciente pela presença de uso abusivo do álcool, ou seja, aquele para quem há necessidade de redução da ingestão, na presença de sintomas indicativos de síndrome de abstinência e zona IV, que já exige a referência a serviço especializado para diagnóstico e tratamento da dependência do álcool²⁷.

Patkar e Li³⁸ apresentam uma ponderação interessante sobre a implicação clínica da classificação de um consumidor de álcool pelo AUDIT. Consideram que a identificação precoce de bebedores com risco aumentado de dependência de álcool com o questionário AUDIT permite a coleta de uma história clínica mais detalhada, o questionamento do padrão de bebida e da história familiar de consumo de álcool, indicando a necessidade do diagnóstico mais acurado pela DSM-IV, para investigação de distúrbio mental.

Em 2012, contribuindo para que o AUDIT prosseguisse sendo o principal instrumento avaliatório, foi desenvolvido estudo incluindo 7.849 adultos alcoolistas com média de idade de 45 anos (desvio = 15,43), no Reino Unido. Os autores puderam identificar seis subtipos de alcoolistas, associando uma entrevista ao AUDIT, para avaliar aspectos qualitativos da ingestão³⁴.

Dentre os subtipos, identificaram: três grupos de bebedores pesados, com perda de memória associada a consequências graves, ansiosos, deprimidos e com alta probabilidade de

tentativa de suicídio (Classes 1, 2 e 3), um grupo de ingestão moderada com perda de memória (Classe 4) que difere dos grupos anteriores pela quantidade da ingestão; um grupo de bebedores discretos, que dispõe de suporte social e pretende deixar o consumo (classe 5) e um grupo com ingestão muito leve, eventual, sem qualquer comprometimento social, psiquiátrico ou comportamental, mas ainda assim que deve ser alvo de cuidados³⁴.

Observe-se que a classificação de 2012, embora utilize o AUDIT, adota padrão de avaliação distinto daquele de 2001, bem como as categorias ou zonas de classificação não se correspondem.

Um outro aspecto interessante do AUDIT foi identificado, em 2012, a partir da constatação de que 33,7% dos pacientes com esquizofrenia ou distúrbio esquizofreniforme apresentam distúrbio relacionado ao uso do álcool como comorbidade associada. Essa associação foi mais acentuada nos pacientes esquizofrênicos tratados com medicação antipsicótica que promoviam aumento das concentrações de prolactina⁴³.

A implicação clínica dessa constatação é que na presença das duas morbidades – esquizofrenia e consumo de álcool excessivo, a terapêutica para esquizofrenia deve ser revista, sendo contraindicados parcialmente os bloqueadores dos receptores D2, por conferirem risco adicional de embriaguez e de adicção de álcool. Para tanto, após a instituição da terapêutica com drogas antipsicóticas para esquizofrênicos, está indicada a aplicação do AUDIT⁴³.

Todas as classificações do alcoolismo, ao buscarem associar os demais prejuízos do consumo de bebida, preocupavam-se com os aspectos comportamentais e, sobretudo, com a qualidade de vida desses doentes. Essa qualidade de vida, de há muito, vinha sido questionada devido a sua perda de ânimo, à anergia, à incapacidade de tomar decisão, apesar de se declararem sabedores dos malefícios que a bebida lhes causava, de se declararem deprimidos³¹.

Apesar de a associação entre alcoolismo e depressão ainda não estar esclarecida e as evidências não serem fortes, é plausível supor que a depressão seja conseqüente ao consumo de álcool e não apenas um fenômeno a ele superposto ou por ele exacerbado.

Dentre as causas da interrelação entre consumo de álcool e depressão, se tem hipotetizado um processo cíclico causal. Pessoas deprimidas frequentemente consomem álcool para reduzir os sintomas emocionais, comportamentais e cognitivos da depressão. Experimentando a euforia que o consumo do álcool produz, percebem menor desconforto e podem, por isso, aumentar a frequência da ingestão e, posteriormente, a quantidade ingerida, para que obtenham a sedação dos sintomas. No entanto a sedação dos sintomas acarreta

redução do humor e piora dos sintomas da depressão, fechando o ciclo causal que irá resultar na dependência do álcool⁸.

Embora esse mecanismo pareça lógico, nem todos os bebedores pesados, crônicos, excessivos desenvolvem depressão, o que é intrigante.

Pesquisa realizada em Joaçaba (Santa Catarina), envolvendo 707 indivíduos, identificou que os níveis de depressão, avaliados pelo Inventário de Beck para depressão, foram menores para os indivíduos que consumiam álcool regularmente¹⁷. Concomitantemente, O'Donnell et al.²⁸ demonstraram que, dentre 15.748 pacientes de 20 países que declararam não beber, apresentavam pontuações maiores no mesmo questionário avaliatório.

Paralelamente, é preciso considerar que os sintomas do mau uso do álcool assemelham-se aos sintomas da depressão, o que pode atuar como fator confundidor. Esse aspecto tem sido ressaltado por diversos pesquisadores no sentido de alertar médicos que atuam em emergências para investigar consumo de álcool em pacientes com depressão e vice-versa, para que não se perca a oportunidade de diagnóstico precoce^{32,38}.

Estudo envolvendo 1.187 pacientes com idade mínima de 18 anos, que apresentavam pontuação igual ou maior que 10 no Inventário de Depressão de Beck, demonstrou que estavam consumindo quantidades crescentes de álcool e de tabaco, e que 47,5% dos homens e 32,5% das mulheres haviam se embriagado no último ano. Esses resultados serviram de alerta para reiterar a necessidade da investigação de depressão e alcoolismo associados, por que tem sido subdiagnosticada⁴⁰.

A polêmica sobre a associação entre consumo de álcool e depressão tornou-se mais relevante quando Rehm, Taylor e Patra³⁷ alertaram quanto à necessidade da definição dos padrões de consumo de álcool nessa relação. Criticaram o conceito de consumo pesado e, portanto, as zonas I e II do AUDIT, sob a alegação da existência de bebedores *binge*, ou seja, bebedores esporádicos que quando o fazem, embriagam-se sistematicamente. Ao responderem o AUDIT estarão classificados no máximo na zona II, ainda que estejam em risco de dependência de álcool. Esses autores procederam à pesquisa envolvendo 2.086 pessoas e identificaram que 7,5% dos homens e 3,5% das mulheres relatavam pelo menos quatro episódios de embriaguez nos 28 dias anteriores e tinham um risco 2,6 vezes maior de depressão.

A implicação clínica desses achados consiste no risco a que ficam expostos pacientes depressivos de se tornarem dependentes de álcool, bem como alcoolistas serem erroneamente

classificados como depressivos e submetidos a tratamento para depressão, perdendo a oportunidade de terem contemplada a terapêutica adequada para alcoolismo^{19,37,39}.

Estudo realizado na região metropolitana de São Paulo (São Paulo), com amostra probabilística e por conglomerados, incluindo 2.083 adultos, como parte do projeto internacional GENACIS, para investigação do padrão de consumo de álcool segundo gênero, demonstrou que 61,1% dos homens eram bebedores e apresentavam depressão associada⁴⁴.

Estudo publicado em 2012 sobre qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas, demonstrou que esses dois atores sociais tinham média de idade menor que a identificada em estudos prévios. O fato deve ser valorizado porque estamos diante de pessoas com pior qualidade de vida, em idade mais jovem, portanto acarretando-lhes perda de oportunidade ainda maior.

Associando esses achados à constatação que alcoolistas mais frequentemente apresentam depressão associada à impulsividade, ou seja, uma predisposição a adotar reações rápidas e inexplicadas quando submetidos a estímulos internos ou externos, sem considerar as consequências negativas dessas ações, então se percebe a premência de proceder a investigações mais detalhadas, para que o planejamento de ações preventivas e curativas possam ser aligeiradas⁴⁴.

Reforçando a polêmica da associação entre depressão e alcoolismo e invertendo a lógica da pesquisa de tal associação, Satre et al.⁴⁰ investigaram alcoolismo dentre 1.183 pacientes com 18 anos ou mais de idade, que buscaram tratamento para depressão em hospital público da Califórnia, (Estados Unidos). Ao constatarem 73,9% dos pacientes deprimidos haviam consumido álcool e que esse diagnóstico estava sendo subdiagnosticado, reforçaram a associação. Seus achados se constituíram em alerta para que, na presença de uma dessas doenças, o profissional de saúde se preocupasse em investigar a presença da outra, melhorando a qualidade da assistência à saúde.

Ressalte-se que Boschloo et al.¹⁸, em 2010, já haviam alertado que pacientes deprimidos ou ansiosos poderiam não ter alcoolismo corretamente diagnosticado dada a dificuldade de estabelecimento de ponto de corte para interpretação do AUDIT, fazendo com que, na prática, se perdesse a oportunidade de melhor adequação das terapêuticas, a um só tempo.

Boden e Fergusson⁴¹ analisaram metanálises de estudos transversais e longitudinais com amostra igual ou maior que 400 sujeitos e *Odds Ratio* ajustado, e estudos de revisão narrativa incluídos na metanálise, que abordavam depressão relacionada ao abuso de álcool.

Mostraram que apesar desses estudos terem se utilizado de instrumentos diferentes, eles convergiram para o resultado comum de que há forte relação entre abuso de álcool e depressão e que os indivíduos que apresentam uma das desordens, aumentam a chance de ter a outra.

Resultado similar foi relatado em investigação envolvendo alcoolistas frequentadores dos Alcoólicos Anônimos, instituição à qual buscam alcoolistas com o objetivo de abandonar o consumo abusivo de álcool, ou seja, aquele que é mantido apesar da constatação dos prejuízos sociais, dos sintomas e dos sinais de danos à saúde e dos esforços de abandoná-lo¹⁰.

Há evidências de que os atendimentos realizados nas reuniões dos AA se caracterizam por produzir sensação de alegria de viver, servindo de antídoto para os efeitos negativos das recaídas e das recuperações subseqüentes, pela ênfase na remoralização (resgate do sentimento subjetivo de bem-estar), seguida da remediação (alívio sintomático) e da reabilitação (substituição dos padrões comportamentais de má-adaptação por outros adaptativos adequados), assemelhando-se a procedimentos terapêuticos formais. Adicionalmente, os AA relatam a persistência de sentimento de desgaste afetivo entre alcoolistas⁴¹.

Para estabelecer se a frequência ao AA se associava à redução dos sintomas de depressão, ajudando os alcoolistas a sobrepassarem os efeitos da abstinência, foi realizada pesquisa envolvendo 1.706 alcoolistas, acompanhados por 15 meses, divididos em dois grupos, sendo 942 frequentadores que abandonaram as reuniões e 764 ainda frequentadores, mais jovens e com residência estável. Foi identificado que o atendimento nos AA estava associado concorrente e previsivelmente à redução da ingestão alcoólica e da depressão. No entanto a redução da depressão não permitiu prever o consumo de álcool³⁶.

Significa dizer que o atendimento melhorava o bem-estar psicológico e emocional, reforçando a abstinência, mas ainda assim não era possível afirmar que a depressão e o consumo de álcool estavam necessariamente associados³⁶.

A forte correlação positiva entre depressão e alcoolismo é evidente nos estudos epidemiológicos. No entanto a relação causal dessa comorbidade não está bem estabelecida. Pacientes deprimidos têm maior taxa de problemas atuais ou ao longo da vida com álcool do que a população em geral e, adicionalmente, dependentes de álcool têm maior prevalência de depressão²⁵.

O alcoolismo e a depressão promovem modificações similares comportamentais, neuroquímicas e fisiopatológicas. A exposição prolongada e a abstinência do álcool induzem

sintomas semelhantes aos da depressão que desaparecem após um período de abstinência. Adicionalmente, a desregulação do sistema serotoninérgico tem sido atribuída ao desenvolvimento da depressão e identificada em pacientes alcoolistas³⁵. Tratamentos com inibidores de recaptção seletiva da serotonina mostram-se eficazes em reduzir a depressão, sugerindo que a modulação do sistema da 5-hidroxitriptamina pode ser uma terapia farmacológica para alcoolismo³⁵.

Essa hipótese é reforçada ao se identificar que desequilíbrios no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal têm sido implicados tanto na depressão quanto no alcoolismo, reduzindo a habilidade do ajuste ao estresse. No entanto, mesmo assim, a ligação causal entre as duas doenças não é evidente⁴².

O mecanismo parece estar sendo evidenciado a partir da identificação de que o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) está envolvido em diversas doenças psiquiátricas, dentre as quais a depressão, o estresse, a ansiedade e as droga-adicções, incluindo o alcoolismo. A BDNF, como a maioria das neurotrofinas, é responsável pela sobrevivência neuronal, pelo desenvolvimento e pela plasticidade, atuando também como modulador de alguns neurotransmissores. Desempenha função na plasticidade uso-dependente de memória, aprendizagem e potencialização de longa duração; contribui para a sobrevivência de neurônios serotoninérgicos, dopaminérgicos nigrales e colinérgicos³⁵.

Nos distúrbios psiquiátricos, incluindo a depressão maior, a depressão suicida e a dependência de álcool, ocorre redução dos níveis periféricos de BDNF, assim como no sistema nervoso central, especificamente no hipocampo e no córtex frontal. Daí decorre admitir que o alcoolismo e a depressão podem manter comonexo causal a redução do BDNF como requisito para manifestação clínica, possivelmente pelo comprometimento da plasticidade neuronal do hipocampo⁴².

Hetem¹, em 1999, em artigo sobre implicações clínicas da comorbidade entre depressão e abuso ou dependência de álcool, já apontava a hipótese de um nexocausal entre ambos, com base na frequência com que se verificava a co-ocorrência.

A associação entre depressão e consumo de álcool tem sido valorizada, mas também tem suscitado questionamentos quanto à classificação das depressões, uma vez que a DSM-IV não reconhece mais a classificação de depressão endógena e exógena explicitamente. É certo que a depressão é um processo multifatorial e biologicamente heterogêneo. Foi necessária a consideração de diferenças fenomenológicas para classificá-la e, em assim sendo, é preciso repensar essa classificação¹³.

As evidências parecem indicar a possibilidade do estabelecimento donexo causal entre uso abusivo de álcool e depressão, e, se assim for, também parece adequado admitir a hipótese da existência de um subtipo de depressão relacionada ao consumo de álcool, já que nem todos os pacientes alcoolistas apresentam depressão. Outra possibilidade é alguns alcoolistas estarem apresentando depressão subclínica, possivelmente por não se ter conhecimento pleno da depressão e do alcoolismo para desenhar protocolos diagnósticos suficientemente acurados¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa permitiu identificar a construção das evidências que estão apontando não só para uma associação ou concomitância de depressão e uso abusivo de álcool, agora também em bases bioquímicas neuronais, como parece possível hipotetizar que tais evidências serão reforçadas pelas pesquisas e poderão acarretar a identificação de um subtipo sindrômico de depressão derivada do consumo abusivo de álcool.

REFERÊNCIAS

1. Hetem LAB. Implicações Clínicas da comorbidade entre depressão e abuso/dependência de álcool. *Rev Psi Clin* 1999;32 Suppl 1:71-7.
2. PAHO. Pan American Health Organization. Alcohol, dender, culture and harms in the Americas: PAHO Multicentric Study final report. Washington, D.C.: PAHO, 2007.
3. Galduróz JC, Caetano R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26 Suppl 1:S3-6.
4. Phillips M. The alcohol drinking history. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW. (Eds.). *Clinical methods: the history, physical, and laboratory examinations*. 3nd ed. Boston: Butterworths, 1990. p. 467-9.
5. Li TK, Hewitt BG, Grant BF. The alcohol dependence syndrome, 30 years later: a commentary. *Addiction* 2007;102(10):1522-30.

6. Cranford JA, Nolen-Hoeksema S, Zucker RA. Alcohol involvement as a function of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: evidence from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Drug Alcohol Depend* 2011;117(2-3):145-51.
7. Heckman W, Silveira CM. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: Andrade AG, Antony JC, Silveira CM. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. Barueri, SP: Minha Editora. 2009. p. 67-87.
8. Watts M. Understanding the coexistence of alcohol misuse and depression. *British J Nurs* 2008;17(11):696-9.
9. Gamble SA, Conner KR, Talbot NL, Yu Q, Tu XM, Connors GJ. Effects of pretreatment and posttreatment depressive symptoms on alcohol consumption following treatment in project MATCH. *J Stud Alcohol Drugs* 2010;71(1):71-7.
10. APA. Associação Psiquiátrica Americana. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision (DSM-IV-TR)*. 4. Washington, D.C.: APA, 2000.
11. Harald B, Gordon P. Meta-review of depressive subtyping models. *J Affect Dis* 2012;139(2):126-40.
12. Mykletun A, Bjerkeset O, Øverland S, Prince M, Dewey M, Stewart R. Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. *British J Psychiatr* 2009;195(2):118-25.
13. Holtzheimer PE, Mayberg HS. Stuck in a rut: rethinking depression and its treatment. *Trends Neurosci* 2011;34(1):1-9.
14. Sharpley CF, Bitsika V. Is depression “evolutionary” or just “adaptive”? A comment. *Depression Res Treat* 2010:1-7.
15. Oliveira GF, Carreiro GSP, Ferreira Filha MO, Lazarte R, Vianna RPT. Riesgo para depresión, ansiedad y alcoholismo entre trabajadores informales. *Rev Eletr Enferm [Internet]*, 2010;12(2):272-7.
16. Santana SM, Negreiros J. Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Rev Toxicodepend* 2008;14(1):17-24.

17. Bortoluzzi MC, Traebert J, Loguercio A, Kehrig RT. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. *Ciencia Saude Col* 2010;15(3):679-85.
18. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, van den Brink W, Veltman DJ, Beekman AT, et al. The performance of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in detecting alcohol abuse and dependence in a population of depressed or anxious persons. *J Affect Dis* 2010;126(3):441-6.
19. Levola, J, Holopainen A, Aalto M. Depression and heavy drinking occasions: a cross-sectional general population study. *Addict Behav* 2011;36(4):375-80.
20. Prado JA, Kerr-Corrêa F, Lima MCP. et al. Relações entre depressão, álcool e gênero na região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Rev Ciencia Saude Col* 2010:1-5.
21. Torraco RJ. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. *Hum Res Develop Rev* 2005;4:356.
22. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005;52(5):546-53.
23. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse. *Aech Gen Psychiatr* 1981;38(8):861-8.
24. Lesch OM, Dietzel M, Musalek M, Walter H, Zeifer K. The course of alcoholism: long-term prognosis in different types. *Forensic Sci Int* 1988;36(1-2):121-38.
25. Kessler RC.; Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(4):313-21.
26. Bucholz KK, Hesselbrock VM, Heath AC, Kramer JR, Schuckit MA. A latent class analysis of antisocial personality disorder symptom data from a multi-center family study of alcoholism. *Addiction* 2000;95(4):553-67.
27. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro MG. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care. 2nd ed. WHO/MSD/MSB/01.6, World Health Organization, Geneva, 2001.

28. O'Donnell K, Wardle J, Dantzer C, Steptoe A. Alcohol consumption and symptoms of depression in young adults from 20 Centuries. *J Stud Alcohol* 2006;67(6):837-40.
29. Rehm J, Taylor B, Patra J. Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European region 2992. *Addiction* 2006;101(8):1086-95.
30. Brand DA, Saisana M Rynn LA, Pennoni F, Lowenfels AB. Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Med* 2007;4(4):0752-9.
31. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatr* 2007;64(7):830-42.
32. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, Aquino E, Mari, J. Co-occurrence patterns of anxiety, depression and alcohol use disorders. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 2007;257(7):423-31.
33. Gigliotti A, Bessa MA. Alcohol dependence syndrome: diagnostic criteria. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(1):S11-5.
34. Smith GW, Shevlin M. Patterns of alcohol consumption and related behavior in Great Britain: a latent class analysis of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). *Alcohol Alcoholism* 2008;43(5):590-4.
35. Davis MI. Ethanol-BDNF interactions: still more questions than answers. *Pharmacol Ther* 2008;118(1):36-57.
36. Kelly JF, Magill M, Stout RL. How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholism Anonymous. *Addiction Res Theory* 2009; 17(3):236-59.
37. Johnson BA. Medication treatment of different types of alcoholism. *Am J Psychiatr* 2010;167(6): 630-9.
38. Patkar AA, Li TK. Treatments for alcohol dependence: rethinking the role of comorbidity and clinical subtypes. *Am J Psychiatry* 2010;167(6):620-2.

39. Sinclair JMA, Nausheen B, Garner MJ, Baldwin DS. Attentional biases in clinical populations with alcohol use disorders: is co-morbidity ignored? *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2010;25(7-8):515-24.
40. Satre DD, Chi FW, Eisendrath S, Weisner, C. Sub-diagnostic alcohol use by depressed men and women seeking outpatient psychiatric services: consumption patterns and motivation to reduce drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 2011;35(4)695-02.
41. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction* 2011;106(5):906-14.
42. Hauser SR, Getachew B, Taylor RE, Tizabi Y. Alcohol induced depressive-like behavior is associated with a reduction in hippocampal BDNF. *Pharmacol Biochem Behav* 2011;100(2):253-8.
43. Lawford BR, Barnes M, Connor JP, Heslop K, Nyst P, Young R. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) scores are elevated in antipsychotic-induced hyperprolactinaemia. *J Psychopharmacol* 2012;26(2):324.
44. Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Topolewska-Wochowska A, Serafin P, Sadowska-Mazuryk J, Pupek-Pyziół J, et al. Relationship of impulsiveness and depressive symptoms in alcohol dependence. *J Affect Dis* 2012;136(3):841-6.

2 MÉTODOS

2.1 Método da revisão integrativa

Para elaboração da revisão integrativa admitiu-se o método preconizado por Torracco (2005) e Whittemore (2005), o qual permite analisar e criticar a literatura, gerando nova compreensão de um assunto, por meio de uma ou mais sínteses, que possam associar a teoria à prática. As seguintes etapas foram obedecidas: estabelecimento de hipótese e objetivo da revisão, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção de amostra), definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, discussão, consistindo a última etapa na apresentação da revisão.

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: qual a relação entre alcoolismo e depressão e, em caso afirmativo, há evidências para se afirmar a existência de um subtipo sindrômico de depressão relacionada ao alcoolismo?

Para a seleção dos artigos, foram utilizadas quatro bases de dados, a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LiLacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e EBSCO *Publishing*. Dessa forma, buscou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de seleção. Nas bases de dados BIREME e LiLacs, buscaram-se artigos nos idiomas português e espanhol, publicados na América Latina e no Caribe. Na base de dados MEDLINE, foram acessados artigos relativos a pesquisas experimentais, quase-experimentais, assim como estudos de campo publicados no idioma inglês, enquanto que a base de dados EBSCO serviu de fonte para artigos publicados na Europa, nos idiomas francês e espanhol.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos, inicialmente, para a presente revisão integrativa, foram artigos publicados em português, inglês, espanhol ou francês, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 1981 e 2012; artigos com metodologia que permitisse obter evidências fortes (níveis I, II e III), incluindo revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos aleatorizados, controlados, ensaios com delineamento de pesquisa quase-experimental e artigos que detalhassem procedimentos, intervenções ou diretrizes sobre alcoolismo e prevenção.

Em virtude das características específicas para o acesso às bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada

uma, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão da revisão integrativa. As palavras-chave utilizadas foram depressão, transtornos depressivos e alcoolismo. A busca realizada *on-line* forneceu como resultado a localização de 765 resumos.

Com esses resumos, foi elaborado quadro demonstrativo, que foi submetido à validação aparente e de conteúdo por dois juízes, docentes de universidades pública e privada, com experiência no tema de investigação, os quais sugeriram inclusões e exclusões, que consistiram em imprecisões metodológicas, marcadamente relacionadas ao tamanho amostral e ao detalhamento dos métodos de análise dos dados. Os artigos não excluídos foram lidos na íntegra, elaborando-se novo quadro demonstrativo, que consistiu nos resultados da revisão.

A apresentação dos resultados e da discussão foi feita de forma descritiva, integrativa, para permitir ao leitor avaliar a aplicabilidade das informações na prática, contribuindo para melhoria da qualidade do atendimento a pacientes alcoolistas com depressão.

2.2 *Método da pesquisa de campo*

Estudo descritivo, tipo inquérito de base populacional-territorial, de corte transversal, foi realizado na comunidade Córrego da Fortuna, situada no bairro de Dois Irmãos na cidade do Recife, adscrita à Unidade de Saúde da Família, mantida pela Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), - Distrito Sanitário III.

Os residentes da comunidade do Córrego da Fortuna na faixa etária de 18 a 59 anos, com boa compreensão do idioma português falado no Brasil, que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram incluídos na pesquisa.

Em 2011, estavam cadastradas 2.264 pessoas na faixa etária de 18 a 59 anos, na Unidade de Saúde da Família do Córrego da Fortuna. A prevalência de alcoolismo no Brasil igualava-se a 58,38%, na mesma faixa etária, independente de sexo (MORETTI-PIRES, CORRADI-WEBSTER, 2011).

Admitindo precisão e nível de significância iguais a 5%, com efeito de desenho igual a 1, o tamanho amostral foi estimado em 321 pessoas. Aventando a possibilidade de desistência de participação por parte de moradores ou de sua exclusão ao longo da pesquisa devido às oscilações do estado geral devido ao próprio consumo excessivo de álcool, houve acréscimo de 5% no total estimado, igualando-se a amostra a 337 pessoas.

Ao longo da pesquisa, cinco participantes foram excluídos devido ao comprometimento do estado de saúde por consumo excessivo de álcool, o que os impossibilitava de responder a todos os questionários. Daí decorreu tamanho amostral igual a 332 participantes.

A pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, foram colhidos os dados sociodemográficos dos residentes, em protocolo elaborado pela pesquisadora para esta pesquisa, assim como as informações relativas ao consumo de álcool (pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT*) e aos sintomas dos transtornos mentais comuns (com o *Self Reporting Questionnaire - SRQ-20*).

Os residentes classificados nas categorias II, III ou IV do AUDIT foram incluídos na segunda etapa da pesquisa, durante a qual foram aplicados os questionários Genacis e o Inventário de Beck.

2.2.1 Instrumentos de coleta

Foram empregados cinco instrumentos de coleta, sendo três na primeira etapa e dois na segunda etapa. O questionário sociodemográfico, elaborado pela pesquisadora, constou das características sociodemográficas, tais como: idade, sexo, status marital, escolaridade, renda, religião, vínculo empregatício, bem como características do consumo alcoólico, contemplando idade do início do uso de álcool, problemas pessoais e problemas na família relacionados ao consumo de álcool.

O *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)* é um instrumento, que avalia o uso recente de álcool, sintomas de dependência, problemas relacionados ao consumo álcool e presença de fatores de risco (ALLEN, FERTIG, BABOR, 1997). Foi idealizado especificamente para serviços de Atenção Primária de Saúde, sendo considerado padrão-ouro. É um instrumento de fácil e rápida aplicação, necessitando de treinamento simples para a codificação dos dados. Na validação brasileira, o AUDIT apresentou confiabilidade satisfatória e capacidade de responder às mudanças do consumo (MENDÉZ, 1999). Está composto por 10 questões, cujas respostas são expressas em escala de Likert e convertidas em pontuações variando de um a quatro.

A soma de pontos permite a classificação do usuário de álcool em uma dentre quatro zonas de risco. A zona I (até 7 pontos) indica uso de baixo risco exigindo do serviço de saúde exclusivamente o alerta ao usuário quanto aos perigos do consumo abusivo do álcool, no que difere da zona II (de 8 a 15 pontos), a qual indica consumo de risco e se associa a sintomas de ansiedade e depressão. A zona III (de 16 a 19 pontos) indica uso nocivo e a zona IV (igual ou maior que 20 pontos) aponta para a necessidade de encaminhar o usuário a serviço especializado (MAGNABOSCO, FORMIGONI, RONZANI, 2007).

O *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) é um instrumento para identificação dos sintomas dos transtornos mentais comuns desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986), também denominados distúrbios psiquiátricos menores (*minor psychiatric disorders*), considerados como a presença de irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas.

O SRQ é composto por 20 questões elaboradas para detecção dos sintomas dos distúrbios “neuróticos”, cujas respostas são do tipo “sim” ou “não”. Um total de sete ou mais respostas afirmativas indicou a presença de sintomas neuróticos, com base na determinação da sensibilidade, especificidade e dos valores preditivos positivos e negativos em outras amostras (SMAIRA, 1999).

O Inventário de depressão de Beck, construído por Aaron Beck e validado no Brasil por Cunha e Fleck (1998), consiste em um conjunto de 21 itens de múltipla escolha, auto-aplicativo, para avaliação da presença e da severidade de episódios depressivos, investigando sintomas depressivos (desesperança, irritabilidade, culpa ou sentimento de estar sendo punido), assim como sintomas físicos (fadiga, perda de peso e diminuição da libido). Na versão atual, o Inventário é indicado para ser aplicada a indivíduos a partir dos 13 anos de idade.

O *Gender, Alcohol and Culture: An International Study* (GENACIS) é fruto do projeto colaborativo da *Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol* e coordenado por representantes de diversas Universidades, pela Organização Pan-Americana de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde. A versão utilizada nesta pesquisa tem 59 itens, divididos em seções sobre: demografia, experiências de trabalho, aspectos sociais e variáveis relacionadas ao consumo de álcool, incluindo: frequência, quantidade e contexto de ingestão, história familiar de alcoolismo, expectativas quando consome álcool, relacionamentos íntimos e sexualidade, violência e vitimização, bem como saúde e estilo de vida (KERR-CORRÊA et al., 2008).

2.2.2 Procedimento e coleta dos dados

A pesquisadora e os entrevistadores treinados na aplicação dos instrumentos visitaram cada rua da comunidade para convidar os moradores a participar da pesquisa, no período da manhã, para aumentar a probabilidade de encontrar os alcoolistas em condições de responder aos questionários. Obtido o consentimento de participação da pesquisa, os passos da operacionalização da primeira etapa da pesquisa seguiram a sequência: a) preenchimento do questionário sociodemográfico e de aspectos do consumo do álcool; b) aplicação do SRQ-20 - instrumento para identificação de transtornos mentais comuns; c) aplicação do AUDIT, para rastreamento da dependência de alcoolismo.

Na segunda etapa, a pesquisadora e os entrevistadores treinados na aplicação dos instrumentos visitaram as casas dos 84 moradores classificados nas zonas II, III ou IV do AUDIT na primeira etapa da pesquisa, para aplicação do questionário Genacis e do BDI. Essas visitas às residências foram realizadas em qualquer horário do dia, exceto entre 12:00 h e 14:00 h, em respeito ao hábito da comunidade de realizar a sesta após a refeição.

Todo esse processo ocorreu no período de dezembro de 2011 a fevereiro de 2012.

2.2.3 Análise dos dados

Após organização dos dados de todos os questionários em banco de dados, procedeu-se a análise descritiva com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS[®]) versão 17.0. As variáveis em escala nominal ou ordinal foram apresentadas como distribuição de frequências absolutas e relativas, sob a forma de tabela ou gráficos. As variáveis quantitativas foram expressas em medidas de tendência central da Estatística Descritiva. Empregou-se teste do Qui quadrado ou teste de Mann-Whitney para análise de contingência, assim como teste de diferença de média para amostras não pareadas. Empregou-se também o teste ANOVA, associado ao teste de variância de Levene, para análise de significância da diferença de médias.

Em todos os testes admitiu-se nível de significância de 0,05 para rejeição da hipótese nula de igualdade.

2.2.4 Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE e registrado sob CAAE nº. 0189.0.172.000-10.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, J. P. et al. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). **Alcoholism, clinical and experimental research**, New York, v. 21, n. 4, p. 613-619, Jun. 1997.
- CUNHA, J. A.; FLECK, M. P. A. Estudo da validade convergente do Inventário de Depressão de Beck com medidas de depressão baseadas na avaliação clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 25-31, mai/ago. 1998.
- HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. **Psychological Medicine**, London, v. 10, n. 2, p. 231-241, May. 1980.
- KERR-CORRÊA, F. et al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 235-242, Sep. 2008.
- MAGNABOSCO, M. B. et al. 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**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 637-647, dez. 2007.
- MARI, J. J; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 148, p. 23-26, Jan. 1986.

MENDÉZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pelotas, 1999.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptation and validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for a river population in the Brazilian Amazon. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 497-509, Mar. 2011.

SMAIRA, S. **Transtornos psiquiátricos e solicitações de interconsulta psiquiátrica em hospital geral**: um estudo de caso-controle. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999

TORRACO, R. J. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. **Human Resource Development Review**, Philadelphia, v. 4, p. 356-367, Sep. 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, Feb. 2005.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 PRIMEIRO ARTIGO - PRESENÇA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE CONSUMIDORES DE ÁLCOOL

Presença de sintomas de transtornos mentais comuns entre consumidores de álcool

Presence of common mental disturbances symptoms among alcohol consumers

Reginete Cavalcanti Pereira¹, Everton Botelho Sougey², Murilo Duarte Costa Lima²

Não há conflito de interesse.

¹ – Psicóloga. Professora da Universidade Federal Rural de Pernambuco e da Faculdade Frassinetti do Recife

² – Médico Psiquiatra. Professor da Universidade Federal de Pernambuco

Endereço para correspondência:

Reginete Cavalcanti Pereira

Rua José Aderval Chaves, 78 sala 509 – Boa Viagem, Recife, Pernambuco

CEP: 51111-030 Telefone: 55(81)99631247

Endereço eletrônico: reginetepsi@hotmail.com

Artigo integrante de tese da Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Objetivos: Determinar prevalência, características clínicas e sociodemográficas da associação entre depressão e dependência de álcool em uma população da área metropolitana do Recife. **Sujeitos e Métodos:** Foi realizado estudo descritivo, tipo inquérito de base populacional-territorial, de corte transversal, na comunidade Córrego da Fortuna, situada no bairro de Dois Irmãos em Recife, adscrita à Unidade de Saúde da Família, mantida pela Prefeitura do Recife, - Distrito Sanitário III, a partir de amostragem aleatória, admitindo como critérios de inclusão: residir na comunidade, estar na faixa etária de 18 a 59 anos, com boa compreensão do idioma português falado no Brasil, e aceitar participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram colhidos os dados sociodemográficos de 332 residentes, em protocolo desta pesquisa, assim como as informações relativas ao consumo de álcool (pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test* - AUDIT) e aos transtornos mentais comuns (com o *Self Reporting Questionnaire* - SRQ-20), com o objetivo de determinar a frequência da associação entre transtornos mentais comuns e dependência de álcool. **Resultados:** Constatou-se que 88,0% faziam uso de álcool e haviam iniciado a ingestão em média na idade de $16,7 \pm 3,9$ anos. Foi identificado problema com alcoolismo na família de 135 (40,7%) sujeitos predominantemente em ascendentes (pai, mãe, tios, tias ou avós) e contemporâneos (irmãos, primos e cunhados). Classificados pelo AUDIT, os percentuais de zonas de risco foram 43,8%, 31,7%, 24,5%, respectivamente para as zonas I, II e III ou IV, havendo predomínio de sintomas depressivos, avaliados pelo SRQ-20. **Conclusões:** Considerando a metodologia empregada neste estudo, parece plausível admitir uma associação entre depressão e alcoolismo com características clínicas comuns.

Descritores: Alcoolismo. Transtornos depressivos. Diagnóstico.

ABSTRACT

Objectives: To determine prevalence, clinical and sociodemographic characteristics of the association between depression and alcohol dependence in population of the metropolitan area of Recife. **Subjects and Methods:** A descriptive, population-based type-territorial cross-sectional survey was conducted, in the community Córrego da Fortuna, situated in the neighborhood of Dois Irmãos in Recife, ascribed to the Family Health Unit, maintained by the City Hall of Recife - Health District III, based on random sampling, assuming the following inclusion criteria: to live in the community, be aged 18-59 years, with proper understanding of the Portuguese language spoken in Brazil, and agreeing to participate in the study by signing the Free Consent Term. The survey was conducted in two stages. At first, sociodemographic data were collected from 332 residents in this research protocol, as well as information relating to alcohol consumption (the Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT) and common mental disorders (the Self Reporting Questionnaire - SRQ- 20), in order to determine the frequency of association between common mental disorders and alcohol dependence. **Results:** It was found that 88.0% drank alcohol and had started drinking at an average age of 16.7 ± 3.9 years. We identified problem with alcoholism in the family of 135 (40.7%) subjects predominantly ancestors (father, mother, uncles, aunts or grandparents) and contemporary (siblings, cousins and in-laws). The percentage of risk areas classified by AUDIT were 43.8%, 31.7%, 24.5%, respectively for zones I, II and III or IV, with a predominance of depressive symptoms, assessed by the SRQ-20. **Conclusions:** Given the methodology used in this study, it seems plausible to assume the association of depression and alcoholism with common clinic characteristics.

Descriptors: Alcoholism. Depressive Disorders. Diagnosis.

INTRODUÇÃO

Desde há muito, os transtornos depressivos integram as doenças mais comuns que interferem drasticamente na qualidade de vida e estão associados a altos custos sociais: perda de dias no trabalho, atendimento médico, medicamentos e suicídio, representando grave problema de saúde pública, com impacto em todos os níveis da sociedade¹.

A gravidade desse problema é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde ao alertar que, nas próximas duas décadas, as necessidades de saúde da população mundial se modificarão porque doenças como a incidência e a prevalência de depressão têm aumentado.

Na Classificação Internacional de Doenças, versão 10², a depressão integra os transtornos afetivos, nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou afeto que, em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, tende a ser recorrentes e pode estar relacionado com situações ou fatos estressantes³.

O DSM IV inclui a depressão nos transtornos do humor e admite interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina (anedonia), estado deprimido, sensação de inutilidade ou culpa excessiva, ideias recorrentes de morte ou suicídio e dificuldade de concentração dentre outros critérios diagnósticos (DSM IV TR).

Qualquer que seja o sistema classificatório, dentre os fatores de risco para depressão está a dependência de droga e, em especial, a de álcool, substância que acompanha a humanidade desde seus primórdios. O aumento da disponibilidade de bebidas alcoólicas acarretou mudança profunda na maneira da sociedade e os homens se relacionarem com o álcool, já que a mesma substância que irmana, comunga e alegra, também, pode estimular a agressividade rompendo laços de família, amizade e trabalho, quando o consumo é abusivo⁴.

Apesar de o álcool possuir grande aceitação social e seu consumo ser estimulado pela sociedade, este é uma droga psicotrópica que atua no sistema nervoso central, podendo causar dependência e mudança no comportamento^{5,6}. A dependência do álcool, ou alcoolismo, é uma doença crônica que cursa com desejo incontrolável de ingestão do álcool, em quantidades cada vez maiores para obter os mesmos efeitos (DSM IV). É uma doença que afeta cerca de 18,6 milhões de brasileiros, 10% da população^{6,7}.

A presença de pelo menos um diagnóstico psiquiátrico associado a transtornos por uso de drogas, incluindo o álcool, é frequente na clínica, atingindo percentuais que variam de 30% a 90% dos pacientes atendidos em serviços especializados em dependência de álcool⁸.

Em estudos epidemiológicos, se tem demonstrado que a concomitância de dois transtornos sugere que uma das doenças pode ser fator causal da outra, ou então que há fatores de vulnerabilidade comuns a elas. Independentemente dos transtornos associados serem anteriores ou posteriores à instalação da farmacodependência, a detecção precoce desses quadros psicopatológicos contribui para maior eficácia terapêutica, além de diminuir os índices de recaída⁹.

Admitindo a hipótese de ser provável que a coexistência de depressão e alcoolismo possua características clínicas próprias e suficientes para constituir um subtipo independente de depressão, este artigo tem por objetivo determinar a frequência da associação entre transtornos mentais comuns e dependência de álcool em uma população da área metropolitana do Recife, resultante da primeira etapa de uma pesquisa de base populacional.

MÉTODOS

Estudo descritivo, tipo inquérito de base populacional-territorial, de corte transversal, foi realizado na comunidade Córrego da Fortuna, situada no bairro de Dois Irmãos na cidade do Recife, adscrita à Unidade de Saúde da Família, mantida pela Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), - Distrito Sanitário III.

Os residentes da comunidade do Córrego da Fortuna na faixa etária de 18 a 59 anos, com boa compreensão do idioma português falado no Brasil, que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram incluídos na pesquisa.

Em 2011, estavam cadastradas 2.264 pessoas na faixa etária de 18 a 59 anos, na Unidade de Saúde da Família do Córrego da Fortuna. A prevalência de alcoolismo no Brasil igualava-se a 58,38%, na mesma faixa etária, independente de sexo¹⁰.

Admitindo precisão e nível de significância iguais a 5%, com efeito de desenho igual a 1, o tamanho amostral foi estimado em 321 pessoas. Aventando a possibilidade de desistência de participação por parte de moradores ou de sua exclusão ao longo da pesquisa devido às

oscilações do estado geral devido ao próprio consumo excessivo de álcool, houve acréscimo de 5% no total estimado, igualando-se a amostra a 337 pessoas.

Ao longo da pesquisa, cinco participantes foram excluídos devido ao comprometimento do estado de saúde por consumo excessivo de álcool, o que os impossibilitava de responder a todos os questionários. Daí decorreu tamanho amostral igual a 332 participantes.

A pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, foram colhidos os dados sociodemográficos dos residentes, em protocolo elaborado pela pesquisadora para esta pesquisa, assim como as informações relativas ao consumo de álcool (pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT*) e aos sintomas dos transtornos mentais comuns (com o *Self Reporting Questionnaire - SRQ-20*).

Os residentes classificados nas categorias II, III ou IV do AUDIT foram incluídos na segunda etapa da pesquisa, cujos resultados são apresentados em outra publicação.

Instrumentos de coleta

Foram empregados cinco instrumentos de coleta, sendo três na primeira etapa e dois na segunda etapa. O questionário sociodemográfico, elaborado pela pesquisadora, constou das características sociodemográficas, tais como: idade, sexo, status marital, escolaridade, renda, religião, vínculo empregatício, bem como características do consumo alcoólico, contemplando idade do início do uso de álcool, problemas pessoais e problemas na família relacionados ao consumo de álcool.

O *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)* é um instrumento, que avalia o uso recente de álcool, sintomas de dependência, problemas relacionados ao consumo álcool e presença de fatores de risco¹¹. Foi idealizado especificamente para serviços de Atenção Primária de Saúde, sendo considerado padrão-ouro. É um instrumento de fácil e rápida aplicação, necessitando de treinamento simples para a codificação dos dados. Na validação brasileira, o AUDIT apresentou confiabilidade satisfatória e capacidade de responder às mudanças do consumo¹². Está composto por 10 questões, cujas respostas são expressas em escala de Likert e convertidas em pontuações variando de um a quatro.

A soma de pontos permite a classificação do usuário de álcool em uma dentre quatro zonas de risco. A zona I (até 7 pontos) indica uso de baixo risco exigindo do serviço de saúde

exclusivamente o alerta ao usuário quanto aos perigos do consumo abusivo do álcool, no que difere da zona II (de 8 a 15 pontos), a qual indica consumo de risco e se associa a sintomas de ansiedade e depressão. A zona III (de 16 a 19 pontos) indica uso nocivo e a zona IV (igual ou maior que 20 pontos) aponta para a necessidade de encaminhar o usuário a serviço especializado¹³.

O *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) é um instrumento para identificação dos sintomas dos transtornos mentais comuns desenvolvido por Harding et al.¹⁴ e validado no Brasil por Mari e Willians¹⁵, também denominados distúrbios psiquiátricos menores (*minor psychiatric disorders*), considerados como a presença de irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas.

O SRQ é composto por 20 questões elaboradas para detecção dos sintomas dos distúrbios “neuróticos”, cujas respostas são do tipo “sim” ou “não”. Um total de sete ou mais respostas afirmativas indicou a presença de sintomas neuróticos, com base na determinação da sensibilidade, especificidade e dos valores preditivos positivos e negativos em outras amostras¹⁶.

Procedimento e coleta dos dados

A pesquisadora e os entrevistadores treinados na aplicação dos instrumentos visitaram cada rua da comunidade para convidar os moradores a participar da pesquisa, no período da manhã, para aumentar a probabilidade de encontrar os alcoolistas em condições de responder aos questionários. Obtido o consentimento de participação da pesquisa, os passos da operacionalização da primeira etapa da pesquisa seguiram a sequência: a) preenchimento do questionário sociodemográfico e de aspectos do consumo do álcool; b) aplicação do SRQ-20 - instrumento para identificação de transtornos mentais comuns; c) aplicação do AUDIT, para rastreamento da dependência de alcoolismo.

Na segunda etapa, para os moradores classificados nas zonas II, III ou IV do AUDIT, foram aplicados pela pesquisadora os questionários Genacis e o Inventário de Beck, em qualquer horário do dia, exceto entre 12:00 h e 14:00 h, em respeito ao hábito da comunidade da sesta após a refeição.

Análise dos dados

Após organização dos dados de todos os questionários em banco de dados, procedeu-se a análise descritiva com o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)* versão 17.0. As variáveis em escala nominal ou ordinal foram apresentadas como distribuição de frequências absolutas e relativas, sob a forma de tabela ou gráficos. As variáveis quantitativas foram expressas em medidas de tendência central da Estatística Descritiva. Empregou-se teste do Qui quadrado ou teste de Mann-Whitney para análise de contingência, assim como teste de diferença de média para amostras não pareadas. Empregou-se também o teste ANOVA, associado ao teste de variância de Levene, para análise de significância da diferença de médias. Em todos os testes admitiu-se nível de significância de 0,05 para rejeição da hipótese nula de igualdade.

Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE e registrado sob CAAE nº. 0189.0.172.000-10.

RESULTADOS

Caracterização da primeira fase

Dentre os 332 sujeitos, foram mais frequentes sexo masculino (186; 56,0%), presença de relacionamento afetivo (199; 60,3%), nove a 11 anos de estudo no ensino formal (125; 37,8%), declarando-se como católicos (167; 50,3%), desempregados (108; 32,5%) e sem vínculo empregatício (57,2%) (Tabela 1).

Em resposta à fonte de renda, 103 (31%) sujeitos informaram ser autônomos, 93 (28%) assalariados e 108 (32,5%) desempregados. É oportuno apontar que, ao associar a informação de fonte de renda à de vínculo empregatício, 7,5% indivíduos, que se declararam assalariados, contraditoriamente também afirmaram exercer ocupação sem vínculo

empregatício. Analogamente, dessa associação de variáveis também se identificaram outras duas inconsistências nas informações: 11,6% dos autônomos e 6,5% dos desempregados classificaram sua fonte de renda como proveniente de vínculo empregatício (Tabela 1).

Quanto à distribuição etária, identificou-se média igual a $36,4 \pm 10,9$ anos, mediana de 36 anos, variação entre 18 e 59 anos, sendo mais frequente indivíduos entre 31 e 40 anos (101; 30,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos 332 sujeitos da pesquisa – julho-novembro 2011, Recife, PE

Características sociodemográficas	Frequência	Percentual
Sexo		
masculino	186	56,0
feminino	146	44,0
Idade (anos)		
11 - 20	20	6,0
21 - 30	93	28,0
31 - 40	101	30,4
41 - 50	76	22,9
51 - 60	42	12,7
Relacionamento afetivo*		
com relacionamento	199	60,3
sem relacionamento	131	39,7
Número de anos de estudo formal*		
nunca estudou	6	1,8
1 a 4	53	16,0
5 a 8	108	32,6
9 a 11	125	37,8
12 ou mais	39	11,8
Religião		
sem religião	53	16,0
católica	167	50,3
protestante	74	22,3
outras	38	11,4
Fonte de renda *		
aposentado	28	8,5
assalariado	93	28,0
com vínculo empregatício	86	92,5
sem vínculo empregatício	7	7,5
autônomo	103	31,0
com vínculo empregatício	12	11,6
sem vínculo empregatício	91	88,4
desempregado	108	32,5
com vínculo empregatício	7	6,5
sem vínculo empregatício	101	93,5

Legenda: * - Houve omissão de informações relativas a sexo (2;0,6%) e número de anos de estudo (1; 0,3%)

Caracterização da ingestão de bebidas alcoólicas

Desconsiderando os 40 sujeitos da pesquisa que afirmaram nunca ter ingerido bebida alcoólica, a soma do total de indivíduos que declararam ter feito ou fazer uso de bebidas

alcoólicas à época da coleta de dados igualou-se a 292 sujeitos e correspondeu a 88,0% da amostra (Tabela 2).

Dentre os 292 sujeitos com história de ingestão alcoólica, houve omissão de informações relativas à idade de início e tempo da ingestão na vida. Daí decorreu que 287 (98,3%) informaram a idade em que iniciaram esse consumo, cuja média igualou-se a $16,7 \pm 3,9$ anos de idade, variando entre três e 40 anos, com maior frequência na faixa dos 11 aos 20 anos (Tabela 2).

Dentre os 208 indivíduos que declararam ingerir bebida alcoólica à época da pesquisa, 189 (90,9%) informaram tempo de consumo de bebida alcoólica, cuja média igualou-se a $18,3 \pm 10,9$ anos, variando entre um e 47 anos e sendo mais frequente também na faixa etária dos 11 aos 20 anos de idade.

Ao identificar inconsistência de informação na associação entre fonte de renda e vínculo empregatício, aventou-se a hipótese de o tempo de ingestão de bebida alcoólica poder conter imprecisão, Daí decorreu buscar-se calcular o tempo de ingestão de bebida alcoólica a partir da diferença entre a idade da época da pesquisa e a idade de início do consumo alcoólico. Dentre os 208 sujeitos que faziam uso de bebida alcoólica, três não informaram idade à época da pesquisa, portanto impossibilitando o cálculo do tempo de ingestão.

É oportuno observar que, dentre os 205 sujeitos que declararam ingestão alcoólica à época da pesquisa, a média do tempo calculado dessa ingestão igualou-se a $19,8 \pm 10,6$ anos, portanto maior que o tempo de ingestão informado. Em relação ao reconhecimento de problema com o consumo de álcool, constatou-se que 35 (10,5%) sujeitos admitiram-no e, destes, sete (20%) declararam ter se submetido a tratamento para alcoolismo, um dos quais afirmou ter deixado de beber (Tabela 2).

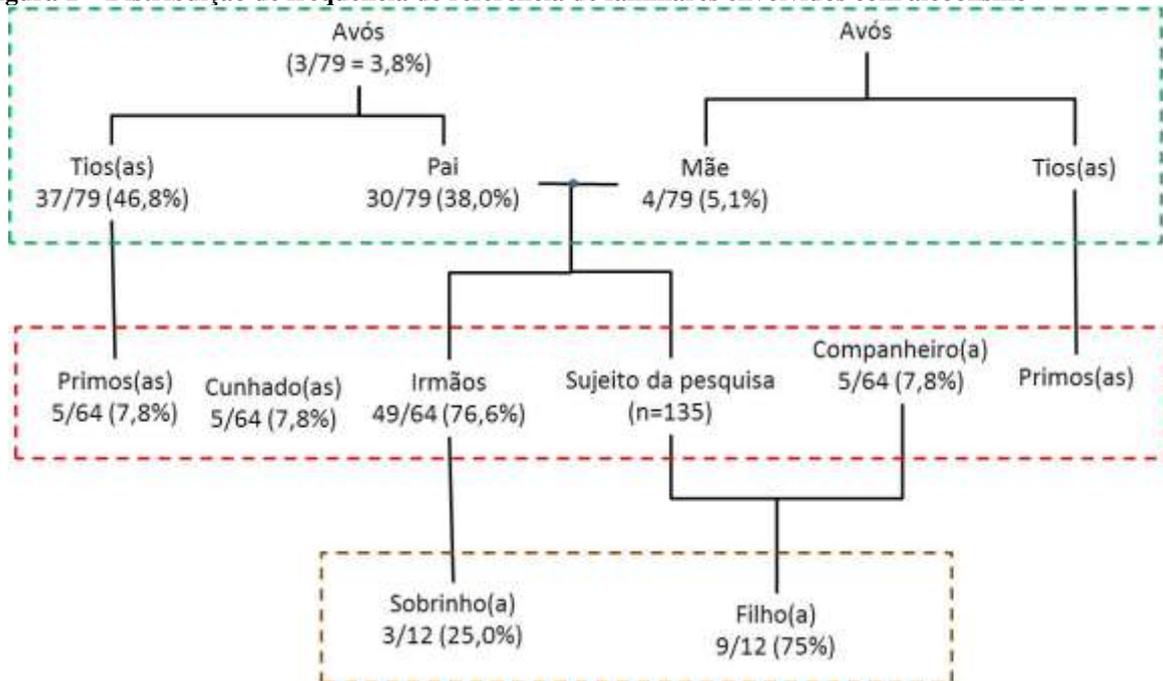
Tabela 2 – Distribuição das características relacionadas à ingestão de bebidas alcoólicas – julho-novembro 2011, Recife, PE

Variáveis relacionadas à ingestão de bebidas alcoólicas	Frequência	Percentual
Informação quanto à ingestão		
Nunca bebeu	40	12,0
Bebeu e parou	84	25,3
Bebia à época da coleta de dados	208	62,7
Idade de início da ingestão*		
0 - 10	7	2,4
11 - 20	252	87,8
21 - 30	26	9,1
31 - 40	2	0,7
Tempo informado de ingestão na vida*		
0 - 10	56	29,6
11 - 20	61	32,3
21 - 30	39	20,6
31 - 40	30	15,9
41 - 50	3	1,6
Tempo calculado de ingestão na vida*		
0 - 10	71	24,7
11 - 20	94	32,8
21 - 30	69	24,0
31 - 40	49	17,1
41 - 50	4	1,4
Reconhecimento de problema com uso de álcool		
sim	35	10,8
não	288	89,2
Tratamento para dependência de álcool*		
sim	7	2,1
não	321	97,9

Legenda: * - Houve omissão de informações relativas a idade de início da ingestão (5; 1,5%), reconhecimento de problema com uso de álcool (9; 2,7%); tempo de ingestão na vida (143; 43,1%) e tratamento para dependência de álcool (4; 1,2%)

Questionados quanto à presença de problema com alcoolismo na família, 135 (40,7%) sujeitos responderam afirmativamente, nomeando ascendentes (pai, mãe, tios, tias ou avós), bem como contemporâneos (irmãos, primos e cunhados) e descendentes (filhos e sobrinhos), conforme demonstrado na Figura 1. Constatou-se predomínio de ascendentes com problemas com álcool (79 referências; 58,5%) e, dentre esses, de tios(as) e do pai. Dentre os contemporâneos, os irmãos mais frequentemente foram lembrados, bem como os filhos, dentre os descendentes.

Figura 1 – Distribuição de frequência de referência de familiares envolvidos com alcoolismo



Legenda: linha interrompida na cor verde = ascendentes lembrados; linha interrompida na cor vermelha = contemporâneos; linha interrompida na cor marrom = descendentes
 Fonte: Concepção da Autora

Ao classificar os sujeitos segundo a pontuação obtida no AUDIT, constatou-se que 43,8% deles estavam na zona I de risco, também denominada zona de educação, correspondente ao consumo normal; 31,7% integravam a zona II ou zona de risco, necessitando de aconselhamento quanto aos efeitos nocivos do alcoolismo, enquanto que 24,5% eram alcoolistas, exigindo monitoramento (zona III ou consumo prejudicial) ou tratamento específico (zona IV ou dependência de álcool). Daí decorre que 56,2% dos pesquisados apresentavam problemas com alcoolismo, já que estiveram classificados nas zonas II, III ou IV.

Houve associação significativa entre a classificação do AUDIT, a idade de início da ingestão alcoólica e o tempo de consumo de bebidas alcoólicas. Observou-se que sujeitos nas zonas I e II apresentaram médias de idade de início de ingestão maiores que aqueles nas zonas III ou IV, associada a maior variação, mas médias de tempo de ingestão significativamente menores, conforme demonstrado na Tabela 3 e nos Gráficos 1 e 2. É oportuno ressaltar que não houve diferença da idade à pesquisa entre os sujeitos, quando classificados segundo a ingestão pelo questionário AUDIT.

Tabela 3 – Distribuição de médias de idades e de tempo de ingestão de álcool, segundo classificação do questionário AUDIT

Variáveis	Classificação pelo AUDIT				Valor de p
	Zona I (n=89)*	Zona II (n=66)	Zona III (n=18)	Zona IV (n=33)	
Idade na 1ª ingestão (anos)					0,007
Média (desvio-padrão)	17,5 (4,8)	15,9 (2,8)	15,0 (2,9)	15,3 (3,6)	
Variação	3-40	11-24	7-18	9-27	
Tempo de ingestão (anos)					0,003
Média (desvio-padrão)	16,8 (9,4)	21,3 (11,2)	23,9 (11,9)	22,8 (9,7)	
Variação	1-39	4-44	3-47	5-43	
Idade à pesquisa (anos)					0,169
Média (desvio-padrão)	34,5 (9,9)	37,2 (11,8)	38,9 (10,2)	37,8 (10,3)	
Variação	18-59	18-59	18-55	18-55	

Nota: Valores de p determinado pelo teste ANOVA

* - Dois (1,0%) indivíduos não informaram idade à primeira ingestão

Gráfico 1 – Distribuição de médias e intervalos de confiança de idade de início de ingestão de bebidas alcoólicas segundo classificação da ingestão pelo questionário AUDIT

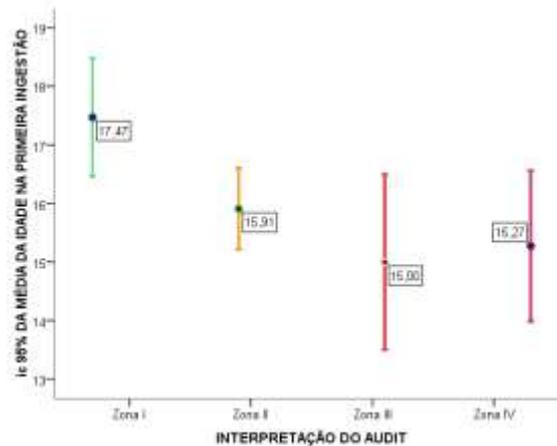
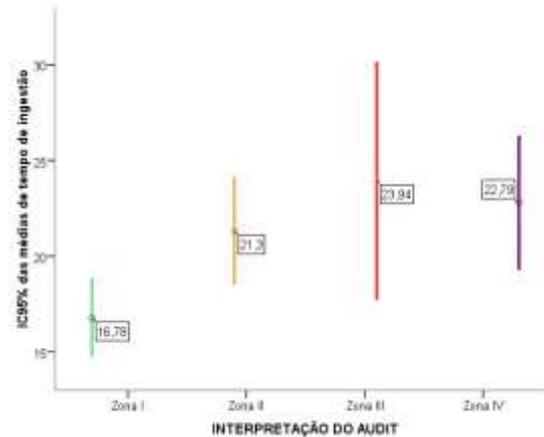


Gráfico 2 – Distribuição de médias e intervalos de confiança tempo de ingestão de bebidas alcoólicas segundo classificação da ingestão pelo questionário AUDIT

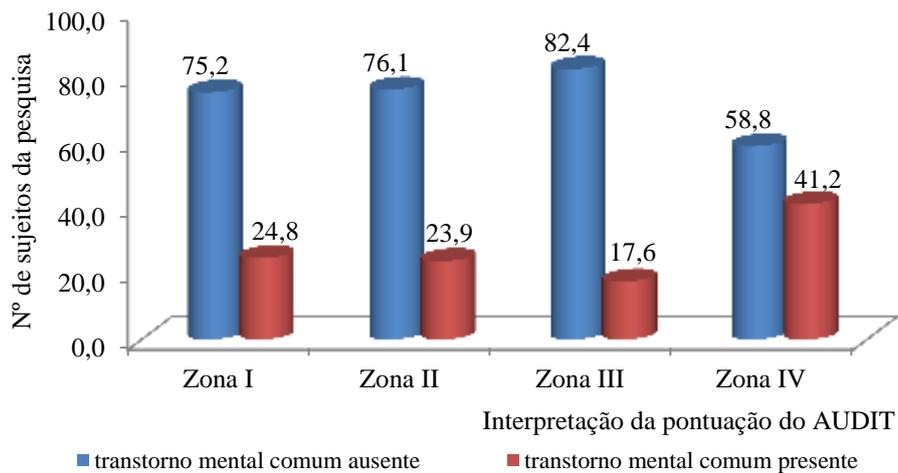


Caracterização dos transtornos mentais comuns, avaliados pelo questionário SRQ-20

A partir das pontuações obtidas nos quatro domínios do questionário SRQ-20, identificou-se que 86 (25,9%) sujeitos apresentavam transtornos mentais comuns (TMC).

Ao classificar os sujeitos da pesquisa segundo as pontuações do questionário AUDIT, observou-se frequência de TMC igual a 16,6% (55/332 moradores), variando conforme a zona de risco em que o sujeito foi classificado, em função das respostas ao questionário AUDIT. As zonas I e II apresentaram frequências relativas semelhantes de sujeitos com TMC, próximas de 24%. Na zona III, a frequência desses transtornos foi a menor, quando comparada às outras zonas, enquanto que a zona IV concentrou o maior percentual de sujeitos com tais transtornos (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição de frequência de transtornos mentais comuns segundo classificação da ingestão pelo questionário AUDIT



Na Tabela 4, estão apresentadas as medidas resumo das pontuações do SRQ-20 segundo domínios, na qual se observam médias menores nos domínios de pensamentos depressivos e humor depressivo, em relação aos sintomas somáticos e ao decréscimo de energia vital. Ao distribuir os domínios segundo classificação da ingestão de bebidas alcoólicas pelo AUDIT, identificou-se que as pontuações sofreram redução em todos os domínios com o aumento da zona de risco, atingindo os menores valores na zona III, para aumentarem na zona IV.

Tabela 4 – Distribuição de médias e de desvio padrão de pontuações nos domínios do SRQ-20, segundo classificação do questionário AUDIT

Domínios do SRQ-20	Dados gerais (n=332) Me (dp)	Zona I (n=214) Me (dp)	Classificação pelo AUDIT		
			Zona II (n=67) Me (dp)	Zona III (n=17) Me (dp)	Zona IV (n=34) Me (dp)
Humor depressivo - ansioso	1,30 (1,19)	1,38 (1,28)	1,15 (1,03)	0,94 (0,97)	1,21 (0,95)
Sintomas somáticos	1,44 (1,36)	1,41 (0,30)	1,39 (0,42)	1,18 (1,07)	1,94 (1,67)
Decréscimo da energia vital	1,41 (1,46)	1,40 (1,38)	1,24 (1,60)	1,12 (1,32)	1,97 (1,66)
Pensamentos depressivos	0,40 (0,70)	0,38 (0,67)	0,28 (0,69)	0,35 (0,61)	0,76 (0,89)

DISCUSSÃO

A frequência da associação entre transtorno mental comum e dependência de álcool variou segundo a zona de risco em que os indivíduos foram classificados pelo AUDIT, tendo aqueles localizados na zona IV mais frequentemente apresentado tais transtornos.

Para interpretação desses dados, é necessário considerar as características do SRQ-20. Gonçalves et al.¹⁷, ao validarem a versão brasileira do SRQ-20 e avaliarem o desempenho do questionário como instrumento de rastreamento psiquiátrico em alcoolistas, tomando a entrevista clínica estruturada para DSM-IV-TR como padrão-ouro, identificaram sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%, independente de sexo, no ponto de corte admitido neste estudo para considerar presença de transtornos mentais comuns.

Ao identificar que as características amostrais desses autores foi semelhante à do presente estudo, em relação à distribuição por sexo, escolaridade e estado civil, pode-se afirmar que a frequência de transtornos mentais comuns identificados em sujeitos com distúrbio por consumo de álcool foi alto, bem maior que os 10,5% relatados por Gonçalves et al.¹⁷

A frequência de transtornos mentais comuns neste estudo aproximou-se mais da prevalência da associação de depressão maior e uso ou abuso de álcool igual a 12,6%, atingindo 23%, quando da associação de depressão-ansiedade e alcoolismo, determinada por Almeida-Filho et al.¹⁸, na Bahia, incluindo 2.302 adultos, porém avaliados pela

Psychosomatic Anxiety-Depression (PSAD), uma subescala do questionário de morbidade psiquiátrica de adultos.

Essa diferença de frequência da concomitância entre sintomas de transtornos mentais comuns e consumo de álcool verificado entre os estudos citados pode ser explicada pelas metodologias empregadas. No presente estudo, a avaliação do alcoolismo foi feita com o uso do AUDIT, instrumento reconhecido e recomendado pela Organização Mundial de Saúde para essa finalidade, enquanto que os demais autores avaliaram-no por perguntas contidas nos questionários de avaliação de depressão (PSAD)¹⁸ ou de transtornos mentais comuns, na versão longa (SRQ-A)¹⁷.

As características demográficas dos moradores se mostraram importantes no que se refere ao risco de dependência do álcool. O risco de dependência aumenta 32 vezes para sexo masculino, 20 vezes para idade entre 18 e 29 anos, 13,7 vezes quando a escolaridade é menor que o ensino médio completo, 20,4 vezes para aqueles com companheiro(a), 19,6 vezes quando o local de moradia é urbano, características mais frequentemente presentes nos moradores investigados¹⁹.

Em relação à distribuição dos moradores pelas zonas de risco do AUDIT, identificou-se que os moradores apresentavam um perfil de maior risco que o identificado em usuários de serviço de atenção primária à saúde em Juiz de Fora e Rio Pomba (MG), investigados em 2007¹³. Constatou-se também que o percentual de moradores alcoolistas ultrapassou o padrão brasileiro estimado em 11,2%²⁰, determinado em pesquisa nacional realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

Essa diferença é preocupante na medida em que indica um grupo de indivíduos ainda em idade produtiva, na sua maioria já fora do mercado de trabalho devido ao alcoolismo, a exigir cuidados de saúde devido a um problema prevenível. Ainda que se considere que a venda de bebidas alcoólicas a menores de idade é proibida no território nacional, a presente pesquisa não parece indicar que a legislação esteja sendo cumprida, conforme se verificou a partir das idades de início da ingestão de bebida alcoólica.

Pela análise da idade de início e do tempo de ingesta, os moradores classificados na Zona I do AUDIT podiam compor o tipo 1, de Cloninger e Bohman²¹, responsivo à influência do meio ambiente, com ingestão discreta a moderada, iniciada mais tardiamente, dependente da aprovação social, cautelosos no sentido de evitar os mal-estares provocados pela embriaguez e que preferiam não adotar comportamentos de risco, bem como não tinham

história familiar de alcoolismo. Os alcoolistas das zonas II a IV poderiam ser classificados no tipo 2 de Cloninger e Bohman²¹, pois compunham o grupo com história familiar de alcoolismo, predominantemente na ascendência direta, haviam iniciado a ingestão mais precocemente, relatavam hospitalizações por alcoolismo e não demonstravam preocupação em evitar os prejuízos do consumo pesado²².

Ainda que assim se admita a classificação dos moradores pesquisados, é importante ressaltar a possibilidade de os bebedores da zona I terem hábito de ingestão denominado *binger*, ou seja, ingestão pouco frequente, mas sempre acompanhada de embriaguez, quando ocorre. A importância do alerta dos riscos da dependência do álcool para esse grupo de bebedores reside no fato de serem mais jovens, portanto mais expostos à depressão e às complicações hepáticas, que se tem comprovado, são mais frequentes nos bebedores do tipo *binger*^{19,23}.

É oportuno também ressaltar que foram os alcoolistas do tipo 2 de Cloninger et al.²¹ que referiram serem autônomos ou mesmo desempregados, porém com vínculo empregatício. A imprecisão da informação deve ser analisada à luz do prejuízo de memória pelo consumo do álcool e das perdas cognitivas desencadeadas pela ingestão alcoólica iniciada ainda em idade jovem e mantida, porque o alcoolismo admite-se ser um *continuum*, cujas perdas são cumulativas^{24,25}.

Esse *continuum* pode explicar a relação observada no agravamento do humor depressivo, dos sintomas somáticos, do decréscimo de energia vital e de pensamentos depressivos em indivíduos avaliados na zona IV do AUDIT, portanto exigindo cuidados médicos para o uso abusivo do álcool, quando comparados àqueles da zona III também considerados de alto risco para comprometimento da saúde.

Ambos os indivíduos nas zonas III e IV iniciaram a ingestão alcoólica ainda na infância ou adolescência, mas o tempo de ingestão entre eles diferiu significativamente. Estudo sobre epidemiologia da depressão maior realizado nos Estados Unidos, em 2003, envolvendo 9.090 pessoas a partir do 18 anos de idade, demonstrou que a depressão e os transtornos mentais comuns tornavam-se mais frequentes quando o estado de saúde apresentou piora de tal ordem que o próprio paciente não podia negar^{26,27}.

Há evidência a indicar conexão entre depressão ou transtornos mentais comuns e consumo de álcool²⁸. A intoxicação pelo álcool, o uso crônico e a dependência do álcool associam-se à redução do humor e à tristeza profunda, mas se tem questionado o ciclo

depressão alcoolismo pela dificuldade de determinar a doença inicial, dado o ciclo entre elas. Pessoas depressivas frequentemente utilizam ingestão alcoólica para redução dos sintomas. A euforia derivada desse consumo leva ao aumento do consumo para manter o estado de aparente bem-estar. Ao longo do tempo, o aumento do consumo acarreta o uso abusivo e a dependência, os quais deprimem o humor e terminam por agravar a depressão e os transtornos mentais comuns²⁵.

O ponto forte desta pesquisa consistiu ter obtido resultados a partir do levantamento de base populacional em comunidade por entrevista, na qual foi possível captar maior quantidade de informações do que teria ocorrido se os questionários tivessem sido respondidos pelos moradores. Essa premissa é verdadeira quando se considera o baixo grau de letramento dos moradores, bem como o comprometimento cognitivo derivado do alto percentual com consumo pesado de álcool e com sintomas de transtornos mentais comuns.

É oportuno ressaltar que as aparentes inconsistências verificadas nas informações derivaram do próprio comprometimento cognitivo que esses moradores apresentavam, especialmente aqueles que já dependentes do álcool.

As limitações que se pode identificar se referiram às dificuldades de coleta dos dados em virtude das características da comunidade. O baixo nível de escolaridade, a baixa renda e a marginalidade dessa comunidade atuaram como fator restritivo para que abrangência da amostra não fosse maior. Adicionalmente, o hábito da sesta após o almoço restringiu o período de coleta, do que derivou a necessidade de fazer a coleta apenas pelo período da manhã.

CONCLUSÃO

A frequência de transtornos mentais comuns, avaliada pelo SRQ-20, foi alta entre os moradores alcoolistas, os quais apresentaram frequente associação com história familiar de consumo de álcool, especialmente entre ascendentes de primeira geração. Este dado, associado aos fatores de risco relativos às características sociodemográficas da comunidade, exige atenção por parte dos serviços de saúde, no sentido de investigar sistematicamente essa associação ao definir a terapêutica para tratamento do alcoolismo.

REFERÊNCIAS

1. Judd LL. Mood disorders in the general population represent an important and worldwide public health problem. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;10 Suppl 4:5-10.
2. CID-10. Organização Mundial da Saúde. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 9nd ed. rev. São Paulo: USP, 2003.
3. OMS. Organização Mundial de Saúde. FAO/WHO iniciam um relatório pericial sobre dieta alimentar, nutrição e prevenção de doenças crônicas. Comunicado de Imprensa conjunto da OMS/FAO 32. Roma, 23 de Abril 2003.
4. Gigliotti A, Bessa MA. Alcohol dependence syndrome: diagnostic criteria. *Rev Bras Psiquiatr*, São Paulo 2004;26(1):S11-5.
5. Rangé B, Marlatt GA. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30(Supl II):S88-95.
6. Prado C, Ramos J, Valle R. Dependência e uso nocivo do álcool. Atualização terapêutica. 23. ed. 2007. p. 1725-35.
7. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2000.
8. OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001. p. 17-45.
9. Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch General Psychiatr*, Chicago 1987;44(6):505-13.
10. PAHO. Pan American Health Organization. Alcohol, dender, culture and harms in the Americas: PAHO Multicentric Study final report. Washington, D.C.: PAHO, 2007.
11. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res* 1997;21(4):613-9.
12. Mendéz EB. Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). 1999. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. Rio Grande do Sul.
13. Magnabosco MB, Formigoni MLOS, Ronzani TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Rev Bras Epidemiol* [online] 2007;10(4):637-47.
14. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychol Med* 1980;10(2):231-41.
15. Mari JJ, Willians P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Brit J Psychiatr* 1986;148:23-6.

16. Smaira S. Transtornos psiquiátricos e solicitações de interconsulta psiquiátrica em hospital geral: um estudo de caso-controle. 1999. Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
17. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública* 2008;24(2):380-90.
18. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, Aquino E, Mari J. Co-occurrence patterns of anxiety, depression and alcohol use disorders. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 2007;257(7):423-31.
19. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatr* 2007;64(7):830-42.
20. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.
21. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse. *Arch Gen Psychiatr* 1981;38(8):861-8.
22. Hesselbrock VM, Hesselbrock MN. Are there empirically supported and clinically useful subtypes of alcohol dependence? *Addiction* 2006;101 Suppl 1:97-103.
23. Li TK, Hewitt BG, Grant BF. The alcohol dependence syndrome, 30 years later: a commentary. *Addiction* 2007;102(10):1522-30.
24. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction* 2011;106(5):906-14.
25. Watts M. Understanding the coexistence of alcohol misuse and depression. *British J Nurs* 2008;17(11):696-9.
26. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289(23):3095-105.
27. Pombo S, Reizinho R, Ismail F, Cardoso JMN. Denegação do alcoolismo nos subtipos I e II de Cloninger. *Análise Psicol* 2008;1(XXVI):59-69.
28. Royal College of Psychiatrists. Raising the standard. Specialist services for older people with mental illness. Report of the faculty of old age psychiatry. Royal College of Psychiatrists, 2006.

*3.2 SEGUNDO ARTIGO - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA ASSOCIAÇÃO
ENTRE DEPRESSÃO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL*

Características clínicas da associação entre depressão e dependência de álcool

Clinic characteristics derived from the association between depression and alcohol
dependence

Reginete Cavalcanti Pereira¹, Everton Botelho Sougey², Murilo Duarte Costa Lima²

Não há conflito de interesse.

¹ – Psicóloga. Professora da Universidade Federal Rural de Pernambuco e da Faculdade Frassinetti do Recife

² – Médico Psiquiatra. Professor da Universidade Federal de Pernambuco

Endereço para correspondência:

Reginete Cavalcanti Pereira

Rua José Aderval Chaves, 78 sala 509 – Boa Viagem, Recife, Pernambuco

CEP: 51111-030 Telefone: 55(81)99631247

Endereço eletrônico: reginetepsi@hotmail.com

Artigo integrante de tese da Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Objetivo: Descrever as características clínicas da dependência do álcool e da depressão em uma população da área metropolitana do Recife, resultante da segunda etapa de uma pesquisa de base populacional. **Sujeitos e Métodos:** Foi realizado estudo descritivo, tipo inquérito de base populacional-territorial, de corte transversal, na comunidade Córrego da Fortuna, situada no bairro de Dois Irmãos em Recife, adscrita à Unidade de Saúde da Família, mantida pela Prefeitura do Recife, - Distrito Sanitário III, a partir de amostragem aleatória, admitindo como critérios de inclusão: residir na comunidade, estar na faixa etária de 18 a 59 anos, com boa compreensão do idioma português falado no Brasil, e aceitar participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi realizada em duas etapas. Na segunda etapa da pesquisa, foram incluídos os 84 residentes classificados nas categorias II, III ou IV do AUDIT, investigados pelo Inventário de Depressão de Beck e pelo questionário Genacis, para caracterização do consumo de álcool. **Resultados:** Classificados pelo AUDIT, os percentuais de zonas de risco foram 43,8%, 31,7%, 24,5%, respectivamente para as zonas I, II e III ou IV, havendo percentual de depressão igual a 40,48% e caracterizado por sintomas e sinais que permitiram enunciar a hipótese de uma associação entre depressão e alcoolismo. **Conclusões:** Considerando a metodologia empregada neste estudo, parece plausível admitir uma associação entre depressão e alcoolismo com características clínicas comuns.

Descritores: Alcoolismo. Transtornos depressivos. Diagnóstico.

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical features of alcohol dependence and depression in a population of the metropolitan area of Recife, resulting from the second stage of a population-based study. **Subjects and Methods:** A descriptive, population-based type-territorial cross-sectional survey was conducted, in the community Córrego da Fortuna, situated in the neighborhood of Dois Irmãos in Recife, ascribed to the Family Health Unit, maintained by the City Hall of Recife - Health District III, based on random sampling, assuming the following inclusion criteria: to live in the community, be aged 18-59 years, with proper understanding of the Portuguese language spoken in Brazil, and agreeing to participate in the study by signing the Free Consent Term. The survey was conducted in two stages. The research included 84 residents, classified in categories II, III or IV of AUDIT, investigating depression with Beck Depression Inventory and the Genacis questionnaire to characterized the consumption of alcohol. **Results:** The percentages of risk areas, classified by AUDIT, were 43.8%, 31.7%, 24.5%, respectively for zones I, II and III or IV, with a percentage of depression equal to 40.48%, characterized by symptoms and signs that allowed the hypothesis of an association between depression and alcoholism. **Conclusions:** Given the methodology used in this study, it seems plausible to assume the association of depression and alcoholism with common clinic characteristics.

Descriptors: Alcoholism. Depressive Disorders. Diagnosis.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, grande número de estudos tem examinado as co-morbidades de uma grande gama de distúrbios mentais e, dentre eles, a associação entre consumo de álcool e depressão¹⁻⁵. Grande parte dos estudos epidemiológicos e clínicos, bem como das revisões sistemáticas, sugere forte associação entre consumo de álcool e depressão²⁻⁵.

Essa associação tem sido explicada pela existência de fatores de risco e genéticos comuns às duas morbidades ou ainda pelo fato de o alcoolismo desencadear a depressão ou mesmo ser desencadeado por ela. Nos estudos epidemiológicos, essa relação tem persistido, mesmo após o controle de variáveis que poderiam atuar como fatores de confundimento, como sexo, condições socioeconômicas, estilos de vida, história familiar, fatores de personalidade e suporte social^{2,4}. Essas constatações sugerem que os fatores de confundimento, por si só, não poderiam explicar a associação entre alcoolismo e depressão¹.

Adicionalmente, diversos estudos têm demonstrado que pessoas com depressão referem o consumo de álcool para reduzir os sintomas depressivos ou o *stress*^{6,7}.

Daí decorre que, se o alcoolismo aumenta o risco de depressão, como as evidências sugerem, então é possível admitir que o tratamento do alcoolismo deveria contemplar também o da depressão e vice-versa, tal como diversos estudos têm demonstrado^{8,9}.

A depressão é mais frequente no sexo feminino do que no masculino, durante a adolescência, quando também o consumo do álcool é prática comum que tem se difundido entre mulheres, modificando o padrão comportamental do passado. Pesquisa mundial sobre gênero e consumo de álcool demonstrou que a faixa etária de 18 a 59 anos concentra grande percentual de bebedores masculinos e femininos, com padrões de consumo pesado¹⁰.

Adicionalmente, são frequentes os atendimentos em setor de emergência a bebedores com sinais de consumo pesado de álcool, porém apenas com queixas vagas de depressão, que não permitem concluir esse diagnóstico. No entanto a embriaguez pode ser um indicativo que dificulta o diagnóstico de depressão¹¹. No entanto os estudos controlados e sistematizados sobre os padrões de consumo do álcool são recentes, ainda que essenciais para que se possa compreender melhor a relação entre alcoolismo e depressão^{12,13}.

Admitindo ser provável que a coexistência de depressão e alcoolismo possua características clínicas próprias e suficientes para constituir um subtipo independente de depressão, este artigo tem por objetivo descrever as características clínicas da dependência do álcool e da depressão em uma população da área metropolitana do Recife, resultante da segunda etapa de uma pesquisa de base populacional.

MÉTODOS

Estudo descritivo, tipo inquérito de base populacional-territorial, de corte transversal, foi realizado na comunidade Córrego da Fortuna, situada no bairro de Dois Irmãos, na cidade do Recife, adscrita à Unidade de Saúde da Família, mantida pela Prefeitura do Recife (PCR) - Distrito Sanitário III.

Esta é a segunda etapa da pesquisa, que teve início com a coleta de dados sociodemográficos e das informações relativas ao consumo de álcool pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), aos sintomas dos transtornos mentais comuns (com o *Self Reporting Questionnaire* - SRQ-20).

Os residentes da comunidade Córrego da Fortuna na faixa etária de 18 a 59 anos, com boa compreensão do idioma português falado no Brasil, classificados nas zonas II, III ou IV de risco de alcoolismo avaliado pelo questionário (AUDIT), que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram incluídos na pesquisa.

Nesta fase, a caracterização clínica e sociodemográfica da ingestão de álcool foi avaliada pelo questionário *Gender, Alcohol and Culture: An International Study* (GENACIS), que integrou estudo internacional multicêntrico patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde e à avaliação de depressão pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Instrumentos de coleta

Foram empregados dois instrumentos de coleta: o Inventário de Depressão de Beck e o Genacis.

O Inventário de depressão de Beck, construído por Aaron Beck e validado no Brasil por Cunha et al.¹⁴, consiste em um conjunto de 21 itens de múltipla escolha, auto-aplicativo, para avaliação da presença e da severidade de episódios depressivos, investigando sintomas depressivos (desesperança, irritabilidade, culpa ou sentimento de estar sendo punido), assim como sintomas físicos (fadiga, perda de peso e diminuição da libido). Na versão atual, o Inventário é indicado para ser aplicada a indivíduos a partir dos 13 anos de idade.

O *Gender, Alcohol and Culture: An International Study* (GENACIS) é fruto do projeto colaborativo da *Ketil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol* e coordenado por representantes de diversas Universidades, pela Organização Pan-Americana de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde. A versão utilizada nesta pesquisa tem 59 itens, divididos em seções sobre: demografia, experiências de trabalho, aspectos sociais e variáveis relacionadas ao consumo de álcool, incluindo: frequência, quantidade e contexto de ingestão, história familiar de alcoolismo, expectativas quando consome álcool, relacionamentos íntimos e sexualidade, violência e vitimização, bem como saúde e estilo de vida¹⁰.

Procedimento e coleta dos dados

A pesquisadora e os entrevistadores treinados na aplicação dos instrumentos visitaram as casas dos 84 moradores classificados nas zonas II, III ou IV do AUDIT na primeira etapa da pesquisa, para aplicação do questionário Genacis e do BDI. Essas visitas às residências foram realizadas em qualquer horário do dia, exceto entre 12:00 h e 14:00 h, em respeito ao hábito da comunidade de realizar a sesta após a refeição. Esse processo ocorreu no período de dezembro de 2011 a fevereiro de 2012.

Análise dos dados

Após organização das informações em banco de dados, procedeu-se à análise descritiva com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS[®]) versão 17.0. As variáveis em escala nominal ou ordinal foram apresentadas como distribuição de frequências absolutas e relativas, sob a forma de tabela ou gráficos. As variáveis quantitativas foram expressas em medidas de tendência central da Estatística Descritiva. Empregaram-se teste do Qui quadrado, teste exato de Fisher e de Mann-Whitney para análise de contingência, assim

como teste t de Student para diferença de médias de amostras não pareadas. Em todos os testes, admitiu-se nível de significância de 0,05 para rejeição da hipótese nula de igualdade.

Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE e registrado sob CAAE nº. 0189.0.172.000-10 e anuído pela Prefeitura do Recife.

RESULTADOS

A frequência de depressão, identificada pelo BDI, igualou-se a 40,48%, posto que 34 moradores tiveram pontuação maior que 10, considerado ponto de corte para esse diagnóstico.

Na Tabela 1, estão apresentadas as médias de pontuação do BDI, segundo classes do AUDIT e sexo. A pontuação média dos moradores do sexo masculino igualou-se a $8,94 \pm 1,02$ pontos, (IC 95% 6,90-10,98), variando de zero a 34 pontos, portanto menor que a pontuação média do sexo feminino, que se igualou a $12,53 \pm 2,94$ pontos (IC 95% 6,35-18,70), com variação de zero a 50 pontos. Essa diferença alcançou significância estatística, indicando que a depressão de mulheres alcoolistas era mais intensa que a dos homens, na mesma condição.

Em relação às pontuações do BDI segundo zonas do AUDIT, constatou-se que as pontuações de depressão das mulheres foram sempre maiores que a dos homens, mas só alcançaram significância estatística na zona II.

Tabela 1 – Médias das pontuações do BDI segundo zonas de risco do AUDIT e sexo dos 84 moradores

Zonas do AUDIT	Pontuação do BDI por sexo						Valor de p
	n	feminino média	dp	n	masculino média	dp	
Zona II (8 – 15 pontos)	14	12,29	14,37	31	7,13	1,16	0,043
Zona III (16 – 19 pontos)	2	13,00	1,00	12	9,42	2,80	0,789
Zona IV (≥ 20 pontos)	3	13,33	6,96	22	11,23	1,99	0,546
Total	19	12,53	2,94	65	8,94	1,02	0,034

Legenda: dp – erro padrão da média valores de p calculados pelo teste t de Student para diferença de médias não pareadas

Na Tabela 2 estão expressos os resultados sociodemográficos dos 84 moradores do Córrego da Fortuna, identificando-se predomínio do sexo masculino na proporção de 3,42:1,00 masculino:feminino. Foram mais frequentes escolaridade até 1º grau completo (50; 59,5%), estado civil não solteiro (50; 59,5%) e classe econômica Brasil C2 (32; 38,1%).

Ao considerar a depressão avaliada pelo BDI, observou-se associação significativa com estado civil não solteiro (com companheiro) e classes econômicas C2, D e E, ou seja, classes econômicas Brasil de menor renda. A relação de sexo entre alcoolistas com depressão igualou-se a 2,4:1,00 masculino:feminino (Tabela 2).

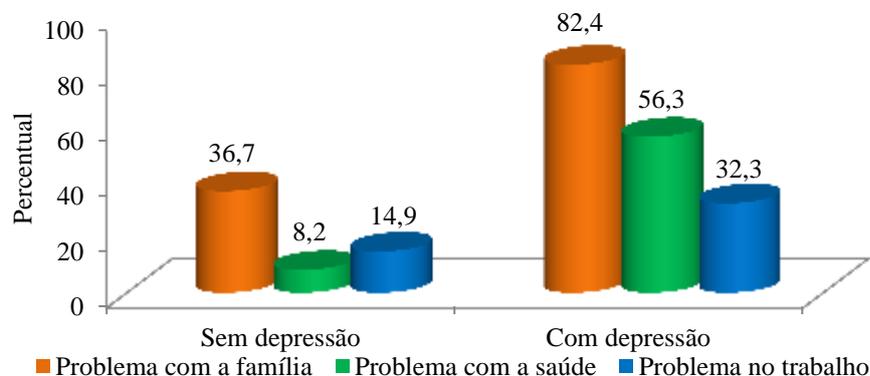
Tabela 2 – Distribuição das variáveis sociodemográficas do GENACIS, segundo depressão avaliada pelo BDI

Variáveis sociodemográficas	Depressão pelo Inventário de Beck				Valor de p
	ausente (n=50)		presente (n=34)		
	n	%	n	%	
Sexo					0,220
feminino	9	18,00	10	29,4	
masculino	41	82,0	24	70,6	
Escolaridade					0,432
Ilustrados ou 1º grau incompleto	14	28,0	13	38,2	
1º grau completo	13	26,0	10	29,4	
2º grau completo ou superior	23	46,0	11	32,3	
Estado civil					0,027
solteiro	22	44,0	7	20,6	
não solteiro	28	56,0	27	79,4	
Classe Econômica Brasil					0,015
B2 e C1	22	44,0	5	14,7	
C2	17	34,0	15	44,1	
D e E	11	22,0	14	41,1	

Nota: valores de p calculados com o teste de Qui Quadrado

Houve associação significativa de problemas atribuídos ao consumo do álcool com a família ($p < 0,001$) e com a saúde ($p < 0,001$) e presença de depressão avaliada pelo BDI. Os problemas no trabalho associaram-se à depressão, mantendo o valor de p igual a 0,063. Observe-se que os problemas com a família devido ao consumo de álcool foram mais frequentes que aqueles com a saúde e no trabalho (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos problemas associados à bebida, segundo depressão identificada pelo BDI



Nota: valores de p calculados com o teste de Qui Quadrado

Na Tabela 3, observa-se a distribuição da frequência de consumo de álcool conforme o tipo de companhia e a depressão avaliada pelo BDI. Constatou-se que pessoas do círculo familiar ou de amizade eram companhias tão menos frequentes quanto maior a frequência de consumo de álcool, fato que não se verificou em relação a beber sozinho ou com outras pessoas, estranhas a esses círculos de relacionamento.

Nas situações de maior consumo, os alcoolistas deprimidos preferiram beber sozinhos ou em companhia de pessoas estranhas, a quem denominaram genericamente de “outros”, e essas diferenças foram significantes (Tabela 3).

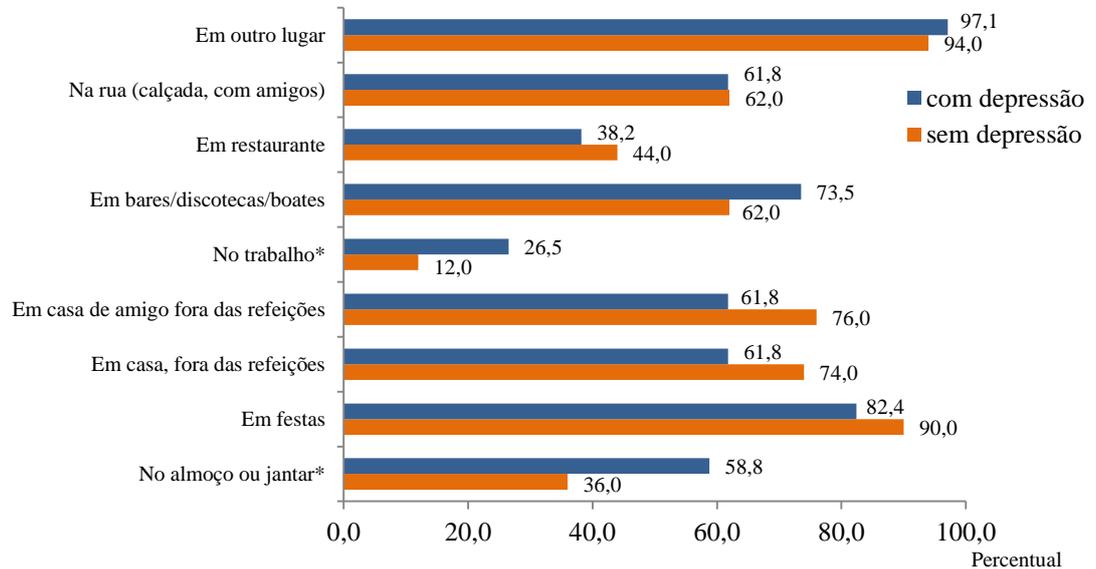
Tabela 3 – Distribuição da frequência de consumo de álcool, segundo tipo de companhia e depressão identificada pelo BDI

Frequência de consumo de álcool por tipo de companhia	Depressão pelo inventário de Beck				Valor de p
	ausente (n=50)		presente (n=34)		
	n	%	n	%	
Cônjuge, companheiro/namorado					0,510*
nunca	22	44,0	17	50,0	
até 3 dias por mês	16	32,0	7	20,6	
1 a 7 dias/semana	12	24,0	10	29,4	
Membro da família					0,225*
nunca	12	24,0	13	38,2	
até 3 dias por mês	21	42,0	10	29,4	
1 a 7 dias/semana	17	34,0	11	32,4	
Colega do trabalho ou escola					0,857*
nunca	25	50,0	19	55,9	
até 3 dias por mês	9	18,0	5	14,7	
1 a 7 dias/semana	16	32,0	10	29,4	
Amigos					0,348*
nunca	9	18,0	5	14,7	
até 3 dias por mês	18	36,0	8	23,5	
1 a 7 dias/semana	23	46,0	21	61,8	
Sozinho					0,044[†]
nunca	17	34,0	9	26,4	
até 3 dias por mês	15	30,0	4	11,8	
1 a 7 dias/semana	18	36,0	21	61,8	
Outras pessoas					<0,001[†]
nunca	49	98,0	1	2,9	
até 3 dias por mês	1	2,0	33	97,1	

Legenda: * - valor de p pelo teste do Qui Quadrado [†] - valor de p pelo teste exato de Fisher

A partir do detalhamento dos locais em que os alcoolistas consumiam a bebida, observou-se que os deprimidos diferiram significativamente dos não deprimidos pelo consumo no almoço ou jantar, bem como no trabalho ou escola. Adicionalmente, observe-se a alta frequência de consumo de bebida alcoólica em outros lugares (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição de frequência de consumo de álcool segundo tipo de local e depressão avaliada pelo BDI



Legenda: * – valor de p significativo pelo teste exato de Fisher

Da investigação dos sintomas relacionados ao consumo do álcool, identificou-se que os alcoolistas com depressão avaliada pelo BDI, comparados àqueles sem depressão, mais frequentemente ingeriam maior número de doses diárias; bebiam sentindo os efeitos do álcool; falhavam em seus compromissos; precisavam de um drinque para minimizar os efeitos do consumo pesado na véspera e admitiam amnésia alcoólica. Todas essas diferenças alcançaram significância estatística (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da frequência de sintomas relacionados ao consumo de álcool segundo depressão avaliada pelo BDI

Frequência de sintomas relacionados ao consumo	Depressão pelo inventário de Beck ausente (n=50)		Depressão pelo inventário de Beck presente (n=34)		Valor de p
	n	%	n	%	
Atualmente precisa beber					0,214*
mais que antes	26	52,0	13	38,2	
menos que antes	24	48,0	21	61,8	
Número de doses diárias					0,047[†]
1 a 9	24	48,0	9	26,4	
10 ou mais	26	52,0	25	73,6	
Tentou parar de beber e não conseguiu					<u>0,066*</u>
não	40	80,0	21	61,8	
sim	10	20,0	13	38,2	
Bebeu sentindo efeitos do álcool					0,049[†]
nunca	11	22,0	4	11,8	
quase mensal ou mensal	28	56,0	14	41,2	
semanal ou diária	11	22,0	16	47,0	
Dor de cabeça e enjoo					0,012[†]
nunca	11	22,0	5	14,7	
quase mensal ou mensal	27	54,0	10	29,4	
semanal ou diária	12	24,0	19	55,9	
Bebeu para parar os efeitos ruins do álcool					0,357*
nunca	34	68,0	19	55,9	
mensal, semanal ou diária	16	32,0	15	44,1	
Sentiu-se doente/tremendo quando diminuiu ou parou de beber					0,424 [†]
nunca	33	66,0	18	53,0	
quase mensal ou mensal	10	20,0	8	23,5	
semanal ou diária	7	14,0	8	23,5	
Incapacidade de parar de beber uma vez que começou					0,248
nunca	34	68,0	17	50,0	
quase mensal ou mensal	9	18,0	9	26,5	
semanal ou diária	7	14,0	8	23,5	
Falhou em fazer o esperado de você por causa da bebida					<0,001*
nunca	43	86,0	13	38,2	
mensal, semanal ou diária	7	14,0	21	61,8	
Precisou de um drinque pela manhã depois de uma ocasião de beber pesado					0,026*
nunca	41	82,0	20	58,8	
mensal, semanal ou diária	9	18,0	14	41,2	
Sentimentos de culpa ou remorso depois de beber					0,123 [†]
nunca	31	62,0	15	44,1	
quase mensal ou mensal	14	28,0	12	35,3	
semanal ou diária	5	10,0	7	20,6	
Incapacidade de lembrar o que aconteceu na noite anterior por ter bebido					0,007[†]
nunca	28	56,0	10	29,4	
quase mensal ou mensal	18	36,0	13	38,2	
semanal ou diária	4	8,0	11	32,3	

Legenda: * - valor de p pelo teste do Qui Quadrado [†] – valor de p significativo pelo teste exato de Fisher (nas variáveis com três categorias, foi testada a categoria nunca contra a soma das demais)

Na Tabela 5, foram investigados os efeitos considerados benéficos e prejudiciais da ingestão de álcool pelos moradores, segundo presença de depressão. Dentre os efeitos benéficos que diferenciaram significativamente alcoolistas depressivos daqueles sem depressão, esteve: maior descontração para falar com outras pessoas. Nos demais aspectos avaliados, como facilidade de diálogo com o companheiro, desinibição e prazer no sexo, embora tenham sido respondidos afirmativamente com maior frequência por alcoolistas depressivos, as diferenças não alcançaram significância estatística.

Dentre os efeitos julgados prejudiciais da ingestão do álcool, os alcoolistas com depressão mais frequentemente identificaram envolvimento em brigas, prejuízo no trabalho remunerado ou estudo, na rotina doméstica, nos relacionamentos afetivos, na saúde física e nas finanças e todas essas diferenças atingiram significância. Adicionalmente admitiram maior frequência de problemas com a lei, com afastamento do trabalho por doença, como também ameaça de abandono pelo cônjuge (Tabela 5).

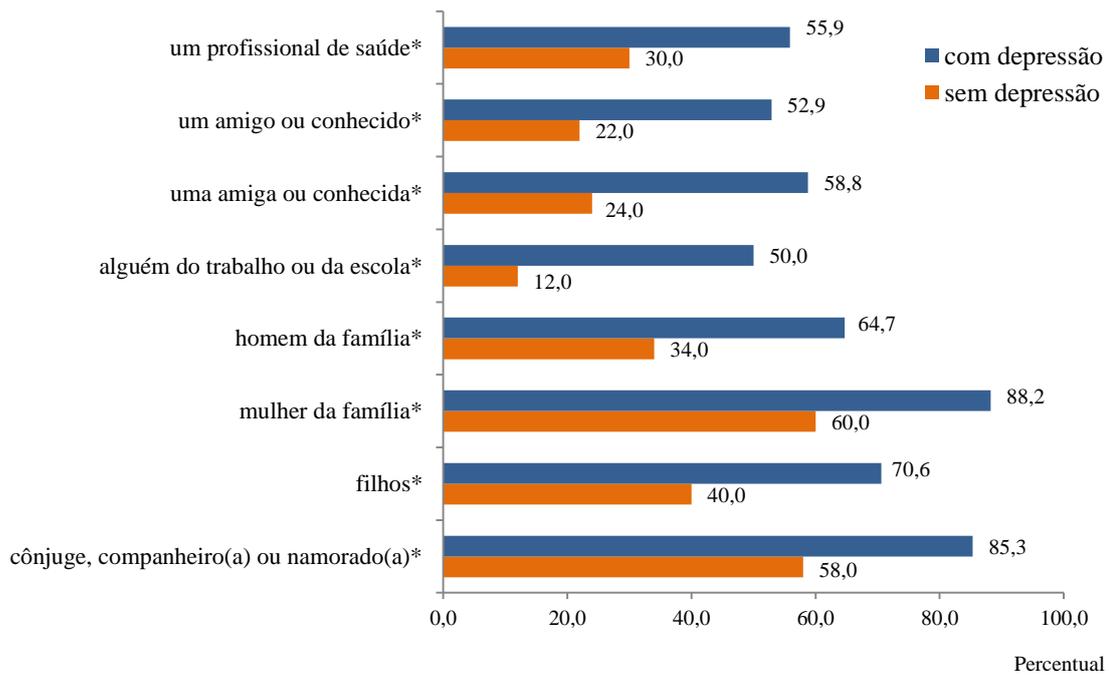
Tabela 5 – Distribuição dos efeitos atribuídos ao consumo de álcool segundo depressão avaliada pelo BDI

Efeitos atribuídos à bebida	Depressão pelo inventário de Beck ausente (n=50)		Depressão pelo inventário de Beck presente (n=34)		Valor de p
	n	%	n	%	
JULGADOS BENÉFICOS					
acha mais fácil se abrir com outras pessoas					0,006[†]
nunca verdadeiro	16	32,0	2	5,9	
verdadeiro	34	68,0	32	94,1	
acha mais fácil falar com seu atual companheiro					0,170*
nunca verdadeiro	21	42,0	9	26,4	
verdadeiro	29	58,0	25	73,6	
sente-se menos inibido(a) com sexo					0,373*
nunca verdadeiro	23	46,0	12	35,3	
verdadeiro	27	54,0	22	64,7	
acha a atividade sexual mais prazerosa					0,116*
nunca verdadeiro	26	52,0	11	32,3	
verdadeiro	24	48,0	23	67,7	
sente-se sexualmente mais atraente					0,657*
nunca verdadeiro	27	54,0	16	47,0	
verdadeiro	23	46,0	18	53,0	
fica mais agressivo(a) com as pessoas					0,178*
nunca verdadeiro	34	68,0	18	53,0	
verdadeiro	16	32,0	16	47,0	
JULGADOS PREJUDICIAIS					
envolveu-se em briga enquanto bebia	7	14,0	16	47,0	0,001[†]
não	43	86,0	18	53,0	
direção veicular após ter bebido dois ou mais drinques uma hora antes	22	44,0	13	38,2	0,656*
Não dirige	28	56,0	21	61,8	
em trabalho, estudo ou oportunidade de emprego	10	20,0	19	55,9	0,001*
não	40	80,0	15	44,1	
no trabalho doméstico ou rotina de casa	9	18,0	19	55,9	<0,001[†]
não	41	82,0	15	44,1	
no casamento/relacionamento afetivo íntimo	21	42,0	24	70,6	0,014*
não	29	58,0	10	29,4	
no relacionamento com membros da família e filhos	15	30,0	16	47,0	0,167*
não	35	70,0	18	53,0	
de amizades ou vida social	7	14,0	8	23,5	0,384 [†]
não	43	86,0	26	76,5	
na saúde física	11	22,0	22	64,7	<0,001*
não	39	78,0	12	35,3	
nas finanças	16	32,0	21	61,8	0,008*
não	34	68,0	13	38,2	
problemas com a Lei	17	34,0	16	47,0	0,011*
não	33	66,0	18	53,0	
acidente onde você ou alguém se machucou	9	18,0	9	26,4	0,421 [†]
não	41	82,0	25	73,6	
doença com afastamento do trabalho ou atividades regulares	6	12,0	13	38,2	0,007[†]
não	44	88,0	21	61,8	
risco de perda ou perda de emprego	8	16,0	11	32,6	0,111 [†]
não	42	84,0	23	67,4	
ameaça de abandono pelo cônjuge ou alguém que morou com você	8	16,0	15	44,1	0,006[†]
não	42	84,0	19	55,9	
perda de amizade	5	10,0	7	20,6	0,212 [†]
não	45	90,0	27	89,4	
crítica pelo modo que bebia	28	56,0	21	61,8	<u>0,066*</u>
não	22	44,0	8	38,2	

Nota: * - teste de Qui Quadrado; [†] - teste exato de Fisher

No Gráfico 3, estão expressas as frequências com que pessoas do círculo de relações dos moradores aconselharam-nos a reduzir a frequência e o volume de ingestão de álcool, identificando-se que essas frequências foram significativamente maiores para os alcoolistas deprimidos, identificando-se significância em todas essas diferenças.

Gráfico 3 – Distribuição das pessoas que aconselharam a redução do consumo de álcool dos moradores segundo depressão avaliada pelo BDI



Legenda: * – valor de p significativo pelo teste exato de Fisher

Na Tabela 6, estão expressas as pontuações médias atribuídas aos sintomas de depressão pelos moradores alcoolistas, conforme a presença ou ausência de depressão avaliada pelo inventário de Beck.

Observou-se que as maiores pontuações médias obtidas por alcoolistas com depressão estiveram em irritabilidade, autoacusações e sentimento de culpa com expectativa de punição, insatisfação com a vida, indecisão, bem como tristeza, insônia, preocupação somática, perda de peso e suscetibilidade à fadiga.

Tabela 6 – Distribuição de médias e desvios-padrão dos sintomas depressivos avaliados no BDI

Sintomas de depressão	Depressão		Valor de p
	Ausente Média (dp)	Presente Média (dp)	
Tristeza	0,18 (0,06)	0,97 (0,16)	<0,001
Pessimismo	0,16 (0,07)	0,85 (0,18)	<0,001
Senso de fracasso	0,08 (0,04)	0,73 (0,16)	<0,001
Insatisfação	0,08 (0,04)	0,94 (0,18)	<0,001
Culpa	0,35 (0,07)	1,03 (0,16)	<0,001
Expectativa de punição	0,14 (0,07)	1,27 (0,22)	<0,001
Autodesgosto	0,04 (0,03)	0,73 (0,16)	<0,001
Autoacusações	0,27 (0,08)	0,85 (0,19)	0,004
Ideias suicidas	-	0,33 (0,11)	0,001
Choro	0,16 (0,07)	0,97 (0,18)	<0,001
Irritabilidade	0,33 (0,10)	1,15 (0,18)	<0,001
Interação social	0,22 (0,07)	0,76 (0,16)	<0,001
Indecisão	0,29 (0,07)	0,97 (0,15)	<0,001
Mudança de imagem corporal	0,06 (0,03)	0,55 (0,15)	<0,001
Retardo para o trabalho	0,10 (0,04)	0,85 (0,14)	<0,001
Insônia	0,41 (0,10)	1,30 (0,19)	<0,001
Suscetibilidade à fadiga	0,29 (0,06)	1,21 (0,16)	<0,001
Anorexia	0,06 (0,03)	0,76 (0,18)	<0,001
Perda de peso	0,06 (0,03)	0,94 (0,21)	<0,001
Preocupação somática	0,14 (0,05)	1,12 (0,15)	<0,001
Perda do interesse sexual	0,18 (0,08)	0,67 (0,15)	0,001

Nota: Teste t de Student, para diferença de médias de amostras não pareadas.

DISCUSSÃO

A identificação de distúrbios relacionados ao uso do álcool pelo questionário AUDIT, na presente pesquisa, obedeceu às considerações feitas a partir das evidências da pesquisa internacional multicêntrica, fornecidas pelo GENACIS¹⁵.

Esta observação é relevante para explicar o motivo pelo qual foram associados em um único grupo os 84 moradores classificados nos graus II a IV do AUDIT. A pesquisa canadense demonstrou que mesmo bebedores frequentes podem apresentar baixo de risco de problemas sociais, assim como bebedores esporádicos pesados (*binge drinkers*) apresentam

problemas sociais graves. Adicionalmente, em países cuja cultura da ingestão alcoólica é socialmente aceita, como o Brasil, pode haver subestimação dos prejuízos do uso do álcool pela população em geral, de forma que a pontuação do AUDIT seja mais baixa e não corresponda ao risco do uso abusivo¹⁵.

Em relação ao emprego do BDI para avaliação de depressão, é importante ressaltar os diversos estudos que apontam as propriedades psicométricas do teste, seja na versão original, seja na versão em português¹⁶⁻¹⁸.

Luty e O’Gara¹⁹, ao validarem o BDI para uma população de dependentes de álcool, demonstraram sua reprodutibilidade e acurácia para detectar depressão e mudanças no grau de depressão com forte consistência interna, indicando esse instrumento para pesquisas em atenção primária à saúde.

A distribuição de uso abusivo de álcool por sexo da presente pesquisa discordou do estudo transversal envolvendo 412 pacientes, com idade igual ou maior que 18 anos, atendidos em departamento de emergência, no qual houve predomínio do sexo feminino, na proporção de 0,70:1,00 masculino:feminino¹¹. Discordou também do estudo realizado em serviços de atenção primária à saúde, realizado em Minas Gerais, envolvendo 921 sujeitos recrutados para consulta de rotina, no qual foi identificada proporção de 2,43:1,00 masculino:feminino²⁰.

No entanto concordou com a proporção de 3,15:1,00 masculino:feminino do estudo multicêntricas que envolveu 1.726 pacientes, investigados quanto à dependência de álcool e depressão²¹. A concordância pode ser atribuída tanto ao tipo de estudo, quanto à distribuição populacional. O estudo de base populacional comunitária refletiu o predomínio do uso excessivo do álcool pelo sexo masculino, bem como a inexistência de associação com depressão, como característica da comunidade.

Esse achado é relevante porque, mesmo não se identificando associação de depressão e uso de álcool por sexo, há consenso de que a simples presença da concomitância dos dois comprometimentos potencializa os prejuízos derivados do álcool e da depressão. Indivíduos deprimidos tendem a consumir com maior frequência maiores quantidades de álcool, o que assevera os sintomas depressivos. Adicionalmente, o consumo de álcool pelo sexo masculino conta culturalmente com maior aceitação social, do que decorre maior prejuízo. É oportuno ressaltar que esses indivíduos estavam fora do mercado de trabalho, apesar da idade compatível com sua inserção²².

A frequência de depressão deste estudo foi menor que os 63,8% descritos por Kuria et al.²³, empregando os mesmos pontos de corte em estudo incluindo 188 pacientes alcoolistas,

triados por pesquisa de base comunitária, mas em cujo termo de consentimento livre esclarecido constava concordar em participar de programa de detoxificação. Esse aspecto pode explicar maior frequência que os 40,48% encontrados na comunidade do Córrego da Fortuna.

Em relação às associações de depressão e uso de álcool com estado civil não solteiro e classe econômica Brasil de menor renda, o levantamento populacional, realizado no Canadá, no período de 1996-1997, referiu tais associações. Bortoluzzi et al.²⁴, em estudo transversal observacional, realizado na cidade de Joaçaba (Santa Catarina), avaliaram níveis de depressão pelo BDI e consumo de álcool pela frequência mensal da ingestão. Identificaram consumo mais frequente em indivíduos com oito anos ou mais de estudo e renda maior que R\$ 1.378,00 mensais, que correspondia à renda média familiar das classes e subclasses econômicas Brasil A e B, portanto diferente do que se verificou na presente pesquisa.

A explicação plausível para tais diferenças concerne ao que se verifica da comparação entre o Índice de Desenvolvimento Humano de Educação (IDH-E) e de Renda (IDH-R) entre o Estado de Santa Catarina e o de Pernambuco. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de 2000, o IDH-R da cidade de Joaçaba igualava-se a 0,793 e o IDH-E a 0,949, enquanto que os mesmos dados em Recife eram 0,727 e 0,849, respectivamente, apontando pior situação socioeconômica e de escolaridade²⁵.

Em relação ao estado civil, os dados da presente pesquisa concordaram com Oliveira et al.²⁶ ao apontarem associação entre estado civil não solteiro, alcoolismo e depressão, o qual se referiram à união legal ou amasiada. O resultado convida à reflexão da importância do meio familiar no desenvolvimento psicológico, ao compreender que o ser humano é elemento predominantemente social.

No presente estudo, durante a coleta de dados, face a face, foram frequentes os relatos do abandono da família com o agravamento do distúrbio de uso abusivo do álcool, predominantemente entre indivíduos do sexo masculino, o que pode ter contribuído para a significância da associação. Essa constatação é compatível com outros estudos^{13,27,28}.

Concordaram com esse achado, as afirmações dos alcoolistas deprimidos de que preferiam beber sozinhos ou com pessoas estranhas a seu círculo de relacionamento familiar, laboral, escolar ou de amigos, bem como a alta frequência de problemas com a família, derivados do consumo de álcool. Esses dados foram referidos por outros autores, os quais alertaram para a importância da dissociação social durante o consumo do álcool. Fazer uso pesado de álcool com pessoas estranhas facilita maior consumo como também não gera o

desconforto de se ver arguido pelos membros do círculo de relações para que reduza a ingestão^{23,29}.

A presente pesquisa pareceu confirmar a afirmação de outros pesquisadores^{23,29}, uma vez que todos os membros do círculo de relações dos alcoolistas deprimidos mantinham a preocupação de solicitar e aconselhá-los a reduzir a frequência e o volume de ingestão de álcool. Esta solicitação pode ser um indicativo de que sua classificação pelo AUDIT pode ter sido subestimada quanto à zona de risco, reforçando a adequação metodológica do agrupamento dos moradores nas três zonas de risco do AUDIT.

Essa possibilidade foi investigada por Boschloo et al.³⁰ ao analisarem o desempenho do AUDIT na discriminação de alcoolismo em pessoas depressivas. Da comparação entre 1.756 indivíduos depressivos a 648 não depressivos, todos diagnosticados pelos critérios do DSM-IV, constataram que, nos pontos de corte iguais a nove para homens e oito para mulheres, para inclusão na zona de risco II, o AUDIT perdia sensibilidade e especificidade na triagem de dependência de álcool, mas não de abuso. Os sintomas depressivos atuavam mascarando zonas de risco maiores do AUDIT.

Os resultados da presente pesquisa pareceram concordes com a argumentação de Boschloo et al.³⁰ na medida em que os achados de caracterização da ingestão de álcool, dos efeitos prejudiciais atribuídos à bebida e os sintomas foram compatíveis com dependência de álcool. Adicionalmente pode-se admitir que a concordância de aconselhamento de redução de ingestão de álcool enunciada por diferentes membros do relacionamento dos alcoolistas pareceu reforçar a existência de consumo pesado.

Uma limitação do presente estudo, que discordou de outras pesquisas, pode ter sido não haver sido valorizado o cálculo do volume da ingestão em graus Gay-Lussac ou a concentração sanguínea média, determinada pela tabela de equivalência de doses e tipo de bebida. No entanto esta decisão esteve concorde com o debate atual sobre a fixação da nova versão V para classificação das doenças mentais, na *American Psychiatric Association*³¹.

A partir da comprovação de que o abuso e a dependência de álcool é um processo contínuo, unidimensional, independente de país da pesquisa, houve o aconselhamento de se buscarem outros parâmetros de análise para os problemas de consumo de álcool, já que ainda não se têm biomarcadores confiáveis³². Pelo fato de a presente pesquisa incluir diversos parâmetros descritivos do consumo do álcool, optou-se por dispensar o cálculo da concentração sanguínea de álcool, opinião igualmente expressa por outros pesquisadores, ainda dentro dos debates para constituição da nova DSM³³.

Em relação à maior frequência de sintomas relacionados ao consumo do álcool nos alcoolistas com depressão avaliada pelo BDI, comparados àqueles sem depressão, é relevante apontar que os alcoolistas deprimidos mais frequentemente reconheciam os sintomas do abuso ou da dependência do álcool, fato que parece corroborar que o abuso e a dependência do álcool constituem um contínuo de agravamento da doença, de tal forma que o detalhamento das condições de ingestão do álcool é importante para que as condutas preventivas e de tratamento possam ser iniciadas precocemente. Observe-se que os sintomas mais frequentes apontados pelos moradores do Córrego da Fortuna correspondem àqueles citados na DSM-IV para diagnóstico de uso abusivo ou dependência de álcool³³.

A presença de tais sintomas indicativos de abuso ou dependência de álcool pareceu corroborar a adequação do critério adotado neste estudo de agrupar moradores com AUDIT da zona de risco II àqueles das zonas III e IV, porque há uma tendência de o alcoolismo ser minimizado pelos respondentes, bem como de eles atribuírem seus sintomas depressivos a contingências sociais, econômicas e de escolaridade, pela perda de oportunidades laborais. No entanto Hetem³⁴ chama à atenção para as consequências da concomitância de alcoolismo e depressão, já que frequentemente esses pacientes são atendidos em emergências, onde a avaliação psiquiátrica soe ser muito sumária e os quadros de comorbidade serem subdiagnosticados.

Em relação aos problemas atribuídos à bebida pelos alcoolistas, é relevante apontar a associação do abuso ou dependência do álcool com a depressão, porque o grupo sem depressão não diferia quanto ao padrão de ingestão de álcool, dessa forma, o critério de diferenciação pareceu ser a depressão, ainda que se considere seu caráter polissêmico. Dessa feita, deve-se atentar para a existência de incoerências nas respostas dos participantes. Ao mesmo tempo em que os depressivos admitem envolverem-se em brigas quando bebiam, negam ficarem mais agressivos. Concomitantemente associam a consciência de prejuízos físicos, financeiros, afetivos e legais, o que denota que os componentes da depressão, como baixa autoestima, sentimento de culpa, podem contribuir para a percepção mais frequente dos efeitos prejudiciais^{35,36}.

CONCLUSÕES

As constatações da presente pesquisa e as associações com significância estatística parecem oferecer evidência da coexistência de depressão e alcoolismo com características clínicas próprias e baseadas na presença de sinais e sintomas comuns a um grupo de doenças.

A força da evidência consistiu no emprego de instrumentos com acurácia comprovada, de uso nacional e internacional, como o são o AUDIT, o Inventário de Depressão de Beck e o GENACIS.

Dessa forma, comprovou-se que a associação de alcoolismo e depressão, em indivíduos previamente identificados como depressivos pelo Inventário de Depressão de Beck, alcoolistas pelo AUDIT classificados na zona de risco II, III ou IV, tendo seus hábitos de ingestão detalhados com o uso do GENACIS, poderão ser identificados como depressivos, na presença de: estado civil não solteiro, nível socioeconômico baixo (C2, D ou E), com problemas com a família e com a saúde, decorrentes do consumo de álcool, preferência de beber sozinho ou com pessoas estranhas a seu círculo de relacionamento, durante as refeições e no trabalho, ingerindo maior número de doses diárias com o passar do tempo, sentindo os efeitos do álcool; não cumprindo seus compromissos; com necessidade de um drinque para minimizar os efeitos do consumo pesado na véspera, em presença de amnésia alcoólica, envolvimento em brigas, prejuízo no trabalho remunerado ou estudo, na rotina doméstica, nos relacionamentos afetivos, na saúde física e nas finanças, problemas com a lei, perda de emprego e ameaça de abandono pela família, assim como recebendo aconselhamento por membros de seu círculo de relações afetivas e profissionais de saúde para redução da ingestão de álcool, parecem exigir tratamento do alcoolismo e da depressão, concomitantemente.

Às características significantes de diferenciação de alcoolistas depressivos e não depressivos, acrescenta-se a comprovação de diferença significativa em todos os aspectos avaliados pelo inventário de Depressão de Beck, com menor diferença apenas no que se refere ao sentimento de autoacusações.

As informações aqui comprovadas poderão ser de grande valia para triagem de alcoolistas atendidos nas emergências, para investigação da presença da associação com depressão, ensejando-lhes tratamento mais adequado, preocupação de que se têm ocupado mais de 36.000 médicos, dada a construção da DSM-V.

REFERÊNCIAS

1. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction* 2011;106(5):906-14.
2. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatr* 2007;64(7):830-42.
3. Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Pulkkinen L, Marttunen M, Kaprio J. Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish twins. *Addiction* 2008;103(12):2045-53.
4. Paljärvi T, Suominen S, Car J, Mäkelä P, Koskenvuo M. Subjective measures of binge drinking, suboptimal subjective health and alcohol-specific hospitalizations among working-aged adults: a prospective cohort study. *Alcohol alcoholism* 2011;46(5):607-13.
5. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch General Psychiatry* 2009;66(3):260-6.
6. Grant VV, Stewart SH, Mohr CD. Coping-anxiety and coping-depression motives predict different daily mood-drinking relationships. *Psychol Addict Behaviors* 2009;23(2):226-37.
7. Williams J, Jones SB, Pemberton MR, Bray RM, Brown JM, Vandermaas-Peeler R. Measurement invariance of alcohol use motivations in junior military personnel at risk for depression or anxiety. *Addict Behav* 2010 May;35(5):444-51.
8. Baker AL, Kavanagh DJ, Kay-Lambkin FJ, Hunt SA, Lewin TJ, Carr VJ, et al. Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. *Addiction* 2010;105(1):87-99.
9. Cornelius JR, Bukstein OG, Wood DS, Kirisci L, Douaihy A, Clark DB. Double-blind placebo-controlled trial of fluoxetine in adolescents with comorbid major depression and an alcohol use disorder. *Addict Behav* 2009 Oct;34(10):905-9.
10. Kerr-Corrêa F, Tucci AM, Hegedus AM, Trinca LA, Oliveira JB, Floripes TMF, et al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30(3):235-42.
11. Bazargan-Hejazi S, Bazargan M, Gaines T, Bazargan M, Seddighzadeh B, Ahmadi A. Alcohol misuse and report of recent depressive symptoms among ED patients. *Am J Emerg Med* 2008;26(5):537-44.
12. Sieri S, Agudo A, Kesse E, Klipstein-Grobusch K, San-José B, Welch AA, et al. Patterns of alcohol consumption in 10 European countries participating in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) project. *Public Health Nutrition* 2002;5(6B):1287-96.
13. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, Aquino E, Mari J. Co-occurrence patterns of anxiety, depression and alcohol use disorders. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 2007;257(7):423-31.

14. Cunha JA, Fleck MPA. Estudo da validade convergente do Inventário de Depressão de Beck. *Rev Psiquiatr* 1998;20(2):25-31.
15. Bernards S, Graham K, Demers A, Kairouz S, Wells S. Gender and the assessment of at-risk drinking: evidence from the GENACIS Canada (2004-2005) telephone survey version of the AUDIT. *Drug Alcohol Dependence* 2007;88(2-3):282-90.
16. Andrade L, Gorenstein C, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Brazilian J Med Biological Res* 2001;34(3):367-74.
17. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Review* 1988;8(1):77-100.
18. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin* 1998;25(5):245-50.
19. Luty J, O'Gara C. Validation of the 13-item Beck Depression Inventory in alcohol-dependent people. *Intern J Psychiatr Clin Pract* 2006;10(1):45-51.
20. Magnabosco MB, Formigoni MLOS, Ronzani TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Rev Bras Epidemiol* [online] 2007;10(4):637-47.
21. Gamble SA, Conner KR, Talbot NL, Yu Q, Tu XM, Connors GJ. Effects of pretreatment and posttreatment depressive symptoms on alcohol consumption following treatment in project MATCH. *J Stud Alcohol Drugs* 2010;71(1):71-7.
22. PAHO. Pan American Health Organization. Alcohol, dender, culture and harms in the Americas: PAHO Multicentric Study final report. Washington, D.C.: PAHO, 2007.
23. Kuria MW, Ndetei DM, Obot IS, Khasakhala LI, Bagaka BM, Mbugua MN, et al. The association between alcohol dependence and depression before and after treatment for alcohol dependence. *ISRN Psychiatr* 2012:1-6 [Epub Ahead].
24. Bortoluzzi MC, Traebert J, Loguercio A, Kehrig RT. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. *Ciência Saúde Col* 2010;15(3):679-85.
25. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano. PNUD, 2000.
26. Oliveira GF, Carreiro GSP, Ferreira Filha MO, Lazarte R, Vianna RPT. Riesgo para depresión, ansiedad y alcoholismo entre trabajadores informales. *Rev Electr Enferm* [Internet], 2010;12(2):272-7.
27. Prado JA, Kerr-Corrêa F, Lima MCP, et al. Relações entre depressão, álcool e gênero na região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Ciência Saúde Col* 2012;17(9):2425-34.
28. Wang J, El-Guebaly N. Sociodemographic factors associated with comorbid major depressive episodes and alcohol dependence in the general population. *Can J Psychiatry* 2004;49(1):37-44.

29. Cranford JA, Nolen-Hoeksema S, Zucker RA. Alcohol involvement as a function of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: evidence from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Drug Alcohol Depend* 2011;117(2-3):145-51.
30. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, van den Brink W, Veltman DJ, Beekman ATF, et al. The performance of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in detecting alcohol abuse and dependence in a population of depressed or anxious persons. *J Affect Dis* 2010;126(3):441-6.
31. APA. Associação Psiquiátrica Americana Annual Meeting. 165th Annual Meeting. May 5-9, 2012. Philadelphia, PA, 2012.
32. Borges G, Ye Y, Bond J, Cheryl L, Cherpiyel CJ, Cremonte M, et al. The dimensionality of alcohol use disorders and alcohol consumption in a cross-national perspective. *Addictions* 2010;105(2):240-54.
33. Li TK, Hewitt BG, Grant BF. The alcohol dependence syndrome, 30 years later: a commentary. *Addiction* 2007;102(10):1522-30.
34. Hetem LAB. Implicações Clínicas da comorbidade entre depressão e abuso/dependência de álcool. *Rev Psi Clin* 1999;32 Suppl 1:71-7.
35. Watts M. Understanding the coexistence of alcohol misuse and depression. *British J Nurs* 2008;17(11):696-9.
36. Pombo S, Reizinho R, Ismail F, Cardoso JMN. Denegação do alcoolismo nos subtipos I e II de Cloninger. *Análise Psicol* 2008;1(XXVI):59-69.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

De há muito os temas alcoolismo e depressão têm sido incluídos nas preocupações de pesquisadores nacionais e internacionais, principalmente devido às repercussões sociais de tais distúrbios, apesar da possibilidade de adoção de medidas preventivas capazes de minimizar os prejuízos deles advindos.

Apesar de largamente investigados, a maior parte das publicações aborda esses problemas isoladamente e só recentemente têm sido desenvolvidas pesquisas baseadas na hipótese da existência de uma relação entre depressão e alcoolismo, a qual se constituiu no foco desta tese.

A partir da revisão integrativa, ficou evidenciada a plausibilidade de uma associação entre alcoolismo e depressão, de tal forma que, em publicações mais recentes, recomenda-se a investigação clínica conjunta dessas enfermidades. Assim, em pacientes atendidos em emergência por uso abusivo de álcool, deve-se contemplar o questionamento da depressão, durante a anamnese, como também se devem investigar sintomas de alcoolismo junto a pacientes que buscam socorro médico por transtornos depressivos. Em ambas as ocasiões, há consenso quanto ao emprego do AUDIT para aclarar comprometimento por álcool, bem como do inventário de Beck, para a depressão.

Reconhecer a interrelação entre alcoolismo e depressão, já que uma morbidade agrava a outra e elas compartilham características clínicas e comportamentais, tem grande importância social, tal como se verificou a partir dos resultados desta tese. Constatações do acometimento de indivíduos jovens, em plena fase produtiva; de forte influência familiar para o consumo do álcool, marcadamente por parentes em primeiro grau na linha ascendente e descendente, portanto contribuindo para perpetuar a enfermidade no seio familiar, associados ao impulso de negação dos prejuízos pessoais e a sentimentos depressivos, devem ser um convite para que a sociedade se mobilize no sentido de minimizar os malefícios.

Este convite ganhou maior força de argumentação por estar baseado em levantamento de base populacional em comunidade, por entrevista, na qual foi possível captar maior quantidade de informações do que teria ocorrido se os questionários tivessem sido respondidos pelos moradores. Ganhou força também porque a pesquisa deu voz a alcoolistas deprimidos mantidos à margem da sociedade, devolvendo-lhes, pelo menos em parte, a cidadania, ou seja, a possibilidade de contribuir para uma sociedade melhor a partir de

experiências pessoais, que lhes deu condições de testemunhar a forma pela qual tanto o alcoolismo quanto a depressão lhes tolheram a expressividade.

Ainda que se considerem as aparentes inconsistências verificadas nas informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa, é mister ressaltar que também elas foram valiosas na medida que derivaram do próprio comprometimento cognitivo que esses moradores apresentavam, derivado do alto percentual com consumo pesado de álcool e com sintomas de transtornos mentais comuns.

As constatações da presente pesquisa ofereceram evidência da coexistência de depressão e alcoolismo com características clínicas próprias e baseadas na presença de sinais e sintomas comuns a um grupo de doenças, com força de evidência de que, na presença de: estado civil não solteiro, nível socioeconômico baixo (C2, D ou E), com problemas com a família e com a saúde, decorrentes do consumo de álcool, preferência de beber sozinho ou com pessoas estranhas a seu círculo de relacionamento, durante as refeições e no trabalho, ingerindo maior número de doses diárias com o passar do tempo, sentindo os efeitos do álcool; não cumprindo seus compromissos; com necessidade de um drinque para minimizar os efeitos do consumo pesado na véspera, em presença de amnésia alcoólica, envolvimento em brigas, prejuízo no trabalho remunerado ou estudo, na rotina doméstica, nos relacionamentos afetivos, na saúde física e nas finanças, problemas com a lei, perda de emprego e ameaça de abandono pela família, assim como recebendo aconselhamento por membros de seu círculo de relações afetivas e profissionais de saúde para redução da ingestão de álcool, são fortes indicativos da necessidade de tratamento do alcoolismo e da depressão, concomitantemente.

As informações aqui comprovadas poderão ser de grande valia para triagem de alcoolistas atendidos nas emergências, para investigação da presença da associação com depressão, ensejando-lhes tratamento mais adequado, preocupação de que se têm ocupado mais de 36.000 médicos, dada a construção da DSM-V.

REFERÊNCIAS

APA. Associação Psiquiátrica Americana. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision (DSM-IV-TR)**. Washington: APA, 2000.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

CDC. Center for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Week Report. Current depression among adults – United States, 2006 and 2008. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 59, n. 38, p. 1229-1235, Oct. 2010.

CID-10. Organização Mundial da Saúde. **Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português**. 9. ed. São Paulo: USP, 2003.

GALDURÓZ, J. C.; CAETANO, R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, suppl. 1, p. SI3-SI6, May. 2004.

HETEM, L. A. B. Implicações clínicas da comorbidade entre depressão e abuso/dependência de álcool. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Ribeirão Preto, v. 32, suppl. 1, jun. 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008/IBGE**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

PRINCE, J. D. et al. Substance abuse and hospitalization for mood disorder among Medicaid beneficiaries. **The American Journal of Public Health**, Washington, v. 99, n. 1, p. 160-170, Jan. 2009.

RAVNDAL, E.; VAGLUM, P. Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community for drug abusers: a prospective study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 83, n. 3, p. 217-222, mar. 1991.

NZMA. New Zealand Medical Association. **Illegal drugs and addiction**. New Zealand: NZMA, 2012.

WHO. World Health Organization. **Depression**. Geneva: WHO, 2012.

WHO. World Health Organization. International Consortium in Psychiatric Epidemiology Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, n. 4, p. 413-426, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Depressão em alcoolistas: características clínicas e subtipo síndrômico.

Pesquisadora Responsável: Reginete Cavalcanti Pereira

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (81)

Descrição da pesquisa - Essa pesquisa tem como objetivo geral investigar frequência, características clínicas e sociodemográficas da associação entre depressão e dependência de álcool em uma população de baixa renda da área metropolitana do Recife e, como objetivos específicos: traçar o perfil síndrômico da depressão, ou seja, os sinais e sintomas da depressão nas pessoas com dependência de álcool, identificar os fatores de riscos associados aos pacientes com depressão e alcoolismo e conhecer características biopsicossociais da população estudada.

Os passos da operacionalização (execução) da pesquisa estão descritos abaixo.

- 1) Informar aos participantes sobre o estudo e obter o consentimento para participação, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 2) Preencher o questionário sociodemográfico Individual com dados sócios demográficos e das características clínicas.
- 3) Aplicar o instrumento para identificação de transtornos mentais comuns - o SRQ-20 (questionário que identifica transtornos mentais dos participantes da pesquisa, no nível de atenção primária à saúde);
- 4) Aplicar a escala para avaliar a dependência ao álcool (AUDIT) para rastreamento da dependência de alcoolismo;
- 5) Para os participantes que passarem do ponto de corte do SRQ-20 e do AUDIT, a pesquisadora e os entrevistadores farão a aplicação do Genacis e do inventário Beck de depressão.

Essa pesquisa não apresenta prejuízos, desconforto, lesões que podem ser provocados ao entrevistando. Caso você não esteja em tratamento, nossa equipe lhe encaminhará para os centros de tratamento da rede pública. Caso não esteja motivado ao tratamento, a equipe de

pesquisa utilizar-se-á de conhecimentos teóricos (entrevista motivacional) para motivá-lo ao tratamento o que será um benefício decorrente da participação na pesquisa.

A sua participação poderá exigir um a três encontros, com garantia de sigilo e com direito de se retirar da pesquisa a qualquer tempo. Mesmo estando em tratamento, se quiser se retirar da pesquisa, não vai haver qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento ou do tratamento usual.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____ declaro para fins de participação em pesquisa, na condição do sujeito da pesquisa, que fui devidamente esclarecido do projeto de pesquisa intitulado *Depressão em alcoolistas: características clínicas e subtipo síndrômico* pela pesquisadora Reginete Cavalcanti Pereira, do Curso de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento da UFPE e sua equipe de pesquisa quanto aos seguintes aspectos:

- a) ao objetivo da pesquisa - investigar frequência, características clínicas e sócio-demográficas da associação entre depressão e dependência de álcool em uma população de baixa renda da área metropolitana do Recife.
- b) à garantia de sigilo e confidencialidade quanto aos meus dados na pesquisa.
- c) à liberdade para me recusar a participar dessa pesquisa sem nenhum prejuízo a qualquer momento.

Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco pelo telefone (81) 2126.8588 ou entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone, podendo ligar a cobrar.

Declaro que depois de ser esclarecido pela equipe de pesquisa sobre os objetivos do estudo e ter entendido o que me foi explicado consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Recife, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do participante

Assinatura 1ª Testemunha

Assinatura 2ª Testemunha

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B - FICHA DE PESQUISA: CARACTERÍSTICAS BIOSSOCIODEMOGRÁFICAS

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

1 Gênero 1. masculino 2. feminino

2 Status marital: 1. Com relacionamento marital 2. Sem relacionamento marital

3 Escolaridade (anos): 1. nunca estudou 2. de 1 a 4 anos de escolaridade

3. de 5 a 8 anos de escolaridade 4. de 9 a 11 anos de escolaridade...

5. Maior de 12 anos de escolaridade

4 Fonte de renda: 1. Autônomo 2. Assalariado 3. desempregado

4. Aposentadoria, benefício ou pensão 5. Outras

5 Vínculo empregatício: 1. sim 2. não

6 Religião: 1. Católico 2. Protestante 3. Outras religiões 4. Sem religião

7 Com quantos anos tomou bebida alcoólica pela primeira vez? _____

8 Problemas com o uso álcool: 1. sim família trabalho 2. não

9 Há Tempo faz uso de bebida alcoólica? _____

10 Já fez tratamento para dependência: 1. sim 2. não

11 Já tentou suicídio: 1. sim 2. não

12. Antecedentes hereditários: Doença mental na família 1. sim Qual _____ 2. não

Dependência de álcool 3. sim grau de parentesco _____ 4. não

13. Antecedentes pessoais: Complicações no nascimento: 1. sim 2. não

Vivência traumática na infância: 1. sim 2. não

Abuso sexual: 1. sim 2. não

Doenças na infância: 1. sim qual? _____ 2. não

14. Sua idade? _____

ANEXOS

ANEXO A - SRQ-20

O(a) sr(a). poderia, por favor, responder às seguintes perguntas a respeito da sua saúde:

01- Tem dores de cabeça frequentes?.	1- Sim	2- Não	
02- Tem falta de apetite?.	1- Sim	2- Não	
03- Dorme mal?	1- Sim	2- Não	
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim	2- Não	
05- Tem tremores de mão?	1- Sim	2- Não	
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	1- Sim	2- Não	
07- Tem má digestão?	1- Sim	2- Não	
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim	2- Não	
09- Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim	2- Não	
10- Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim	2- Não	
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim	2- Não	
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim	2- Não	
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim	2- Não	
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim	2- Não	
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim	2- Não	
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim	2- Não	
17- Tem tido idéias de acabar com a vida	1- Sim	2- Não	
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1- Sim	2- Não	
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim	2- Não	
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim	2- Não	

A - Total de sim |__||__| Para uma pessoa ser considerada como possível caso, se utilizará a pontuação de sete ou mais respostas afirmativas.

ANEXO B - AUDIT

O AUDIT (*The Alcohol Use Disorder Identification Test*) foi desenvolvido por um grupo internacional de pesquisadores, sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde (OMS), planejado para ser utilizado em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, sendo útil para identificar a ingestão prejudicial e potencialmente perigosa. Tem boa sensibilidade e especificidade sendo capaz de identificar a dependência de consumo abusivo de álcool.

1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

- (0) Nenhuma
- (1) Uma ou menos de uma vez por mês
- (2) 2 a 4 vezes por mês
- (3) 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

- (0) Nenhuma
- (1) 1 a 2
- (2) 3 a 4
- (3) 5 a 6
- (4) 7 a 9
- (5) 10 ou mais

3. Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?

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

4. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

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

5. Quantas vezes durante o ano passado deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

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

6. Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

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

7. Quantas vezes no ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

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

8. Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente

- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

9. Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?

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

10. Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber? (0) Nunca

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

Total de pontos _____

A soma de 8 ou mais pontos indica uso excessivo de bebidas alcoólicas, com alto risco para a saúde.

ANEXO C - INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO

Nome _____

Data: ____ / ____ / ____

Este questionário consiste de 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) da afirmação, em cada grupo, que melhor descreva a maneira como você se sentiu **na última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, circule cada uma. Tenha o cuidado de ler todas as afirmações em cada grupo antes de fazer sua escolha.

- | | |
|--|---|
| 0 Não me sinto triste | 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas |
| 1 Sinto-me triste | 1 Interesse-me menos do que costumava nas pessoas |
| 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso | 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas |
| 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar | 3 Perdi todo o meu interesse nas pessoas |
| 0 Não estou especialmente desanimado em relação ao futuro | 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto sempre tomei |
| 1 Sinto-me desanimado quanto ao futuro | 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava |
| 2 Acho que nada tenho a esperar | 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes |
| 3 Acho que o futuro é sem esperança e tenho a impressão que as coisas não podem melhorar | 3 Não consigo mais tomar decisões |
| 0 Não me sinto um fracasso | 0 Não sinto que minha aparência esteja pior do que costumava ser |
| 1 Acho que fracassei mais que uma pessoa comum | 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos |
| 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é uma porção de fracassos | 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos |
| 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso | 3 Considero-me feio |
| 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes | 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem como antes |
| 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes | 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa |
| 2 Não encontro prazer real em mais nada | 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa |
| 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo | 3 Não consigo fazer nenhum trabalho |
| 0 Não me sinto especialmente culpado | 0 Durmo tão bem quanto de hábito |
| 1 Sinto-me culpado às vezes | 1 Não durmo tão bem quanto costumava |
| 2 Sinto-me culpado na maior parte do tempo | 2 Acordo 1-2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir |
| 3 Sinto-me como se estivesse bem ruim e sem valor | 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade em voltar a dormir |
| 0. Não acho que esteja sendo punido | 0 Não fico mais cansado do que de hábito |
| 1. Acho que posso ser punido | 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava |
| 2. Creio que vou ser punido | 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa |
| 3. Acho que estou sendo punido | 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa |
| 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo | 0 Meu apetite não está pior do que de hábito |
| 1 Estou decepcionado comigo mesmo | 1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser |
| 2 Estou enojado de mim | 2 Meu apetite está muito pior agora |
| 3 Eu me odeio | 3 Não tenho mais nenhum apetite |
| 0 Não me sinto de qualquer modo pior do que os outros | 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum, ultimamente |
| 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas | 1 Perdi mais de 2,5 kg |
| 2 Culpo-me sempre por minhas falhas | 2 Perdi mais de 5,0 kg |
| 3 Culpo-me por tudo de mal que acontece | 3 Perdi mais de 7,0 kg |
| 0 Não tenho quaisquer intenções de me matar | Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO () |
| 1 Tenho idéias de me matar, mas não as colocaria em prática | 0 Não me preocupo mais do que o de hábito com minha saúde |
| 2 Gostaria de me matar | 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre |
| 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade | 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso |
| 0 Não choro mais do que o habitual | 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa |
| 1 Choro mais agora do que costumava | 0 Não tenho notado qualquer mudança recente no meu interesse sexual |
| 2 Agora, choro o tempo todo | 1 Estou menos interessado em sexo do que costumava |
| 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo queira | 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente |
| 0 Não sou mais irritado agora do que já fui | 3 Perdi completamente o interesse por sexo |
| 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava | |
| 2 Atualmente, sinto-me irritado o tempo todo | |
| 3 Absolutamente não me irrita as coisas que costumavam me irritar | |

AVALIAÇÃO - Somar os valores de cada item assinalado e comparar com a tabela abaixo:

AVALIAÇÃO DO BDI

Escore	Nível de depressão
1 – 10	oscilações consideradas normais
11 – 16	leve transtorno do humor
17 – 20*	limite para depressão clínica*
21 – 30	depressão moderada
31 – 40	depressão severa
> 40	depressão extrema

(*) acima deste nível já pode requerer atendimento com profissional

ANEXO D - QUESTIONÁRIO GENACIS – OPAS

Qual dessas categorias melhor define o tipo de lugar do domicílio? (OBSERVADO)	
No campo mas não em fazenda/sítio	1
Em sítio/fazenda	2
Em uma cidade pequena (menos de 50.000 habitantes)	3
Em uma cidade de tamanho médio (50.000 – 250.000)	4
Em um subúrbio perto de uma cidade grande	5
Em uma cidade grande	6

Data: ____/____/____ Entrevistador: _____

Nome do Entrevistador: _____

B2. Sexo do entrevistado	
Masculino	1
Feminino	2

B3. Qual é a sua data de nascimento? (dia/mês/ano) ____/____/____

B4. Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou?	
Nunca frequentou escola, não sabe ler e escrever	1
Nunca frequentou escola, mas sabe ler e escrever	2
1º grau ou primário _____ ano /série (ensino fundamental)	11 – 14
1º grau ou ginásio _____ ano /série (ensino fundamental)	15 – 18
2º grau ou colegial _____ ano /série (ensino médio)	21 – 23
Curso técnico de nível médio incompleto	25
Curso técnico de nível médio completo	26
Curso superior incompleto	30
Curso superior completo	31
Não quis responder	77
Não sabe	99

B5. Qual sua cor ou raça?	
Branca	1
Preta	2
Parda	3
Amarela	4
Indígena	5
Outros (especifique):	8
Não quis responder	7
Não sabe	9

B6. Qual é o seu estado civil?	
Casado(a)	1
Amasiado(a)	2
Viúvo(a)	3
Divorciado(a) / Separado(a)	4
Solteiro / Nunca casou	5
Não quis responder	7

C13. A família possui (especifique quantos):	Não tem	1	2	3	4 ou mais
Televisão a cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1
Casa ou apartamento próprio	0	1	2	3	4
Computador e/ou notebook	0	1	2	3	4

As próximas perguntas serão sobre o uso de bebidas alcoólicas, como vinho, cerveja e destilados

E1. Qual a bebida alcoólica de sua preferência?	
Especifique: _____	(SE BEBE, PULE PARA E3)
Não bebe	00
E2. Há quanto tempo não ingere bebida alcoólica?	
Informe o tempo em meses:	
Nunca bebi (PULE PARA E5)	000
E3. Que idade você tinha quando começou a beber mais que só um golinho (mais do que só provar)?	____ anos

E4. Houve um período da sua vida em que a bebida lhe causou problemas?	Sim	Não
Com a família	2	1
De saúde	2	1
No trabalho	2	1
Com a lei ou polícia	2	1
Outros, especifique: _____	2	1

SE BEBE, PULE PARA E6

E5. Qual é a razão para você não beber? (ANOTE A RESPOSTA ESPONTÂNEA)	
Já foi alcoolista/teve problemas com álcool	13
Não tive vontade em nenhuma ocasião	12
Preciso estar sóbrio para cumprir com minhas responsabilidades	11
Religião	10
Não me interessa/ não aprecio o gosto	9
Criação	8
Minha saúde é ruim/uso de medicação	7
É muito caro	6

Prejudicaria minhas atividades	5
Eu teria medo de ter problemas com o álcool/virar alcoologista	4
Não tenho motivos para beber	3
Estou grávida ou tentando engravidar	2
Outros, especifique:	1
Não quis responder	77
Não sabe	99

SE NUNCA BEBEU NADA OU NÃO BEBEU NOS ÚLTIMOS 12 MESES, PULE PARA A SEÇÃO H

E6. Atualmente você precisa beber mais que antes para obter o mesmo efeito (você é mais “forte”/aguenta melhor a bebida agora que antes?)

Sim	2
Não	1
Não se aplica	8
Não quis responder	7
Não sabe	9

E7. Nos últimos 12 meses, com que frequência normalmente você tomou qualquer tipo de bebida que contém álcool – pode ser vinho, cerveja ou destilados (como pinga, vodca, conhaque etc.), ou qualquer outra bebida alcoólica?

Todos os dias	7
Cinco ou seis vezes na semana	6
Três ou quatro vezes na semana	5
Uma ou duas vezes na semana	4
Uma a três vezes no mês	3
Menos que uma vez por mês	2
Não quis responder	77
Não se aplica	88
Não sabe	99

E8. Nos últimos 12 meses, com que frequência você bebeu vinho?

Todos os dias	7
Cinco ou seis vezes na semana	6
Três ou quatro vezes na semana	5
Uma ou duas vezes na semana	4
Uma a três vezes no mês	3
Menos que uma vez por mês	2
Nunca nos últimos 12 meses (PULE PARA E10)	1
Não quis responder	77
Não sabe	99

(APRESENTAR QUADRO COM DOSES DE BEBIDAS)

E9. Quantas doses/drinques você bebe de vinho em um dia comum (típico) em que bebe _____ drinques/doses

E10. Nos últimos 12 meses, com que frequência você bebe cerveja?	
Todos os dias	7
Cinco ou seis vezes na semana	6
Três ou quatro vezes na semana	5
Uma ou duas vezes na semana	4
Uma a três vezes no mês	3
Menos que uma vez por mês	2
Nunca nos últimos 12 meses (PULE PARA E12)	1
Não quis responder	77
Não sabe	99
Não se aplica	88

E11. Quanto você bebe de cerveja normalmente? _____ latas ou copos grandes

E12. Nos últimos 12 meses, com que frequência você bebe em um dia comum (típico) pinga, uísque, vodca ou de qualquer outra bebida destilada?	
Todos os dias	7
Cinco ou seis vezes na semana	6
Três ou quatro vezes na semana	5
Uma ou duas vezes na semana	4
Uma a três vezes no mês	3
Menos que uma vez por mês	2
Nunca nos últimos 12 meses (PULE PARA E14)	1
Não quis responder	77
Não sabe	99

E13. Quantas doses de destilados (pinga, uísque, vodca) no dia em que você bebe destilado _____ drinques/doses

E14. Num dia típico em que bebeu, quanto tempo você gastou bebendo? _____ minutos ou _____ horas

E15. Quantas doses contendo álcool, independente da bebida, você consome num dia típico quando você está bebendo?	
Nenhuma	0
1 a 2	1
3 a 4	2
5 a 6	3
7 a 9	4
10 ou mais	5
Não quis responder	7
Não sabe	9

APRESENTAR QUADRO COM DOSES DE BEBIDAS

E16a. Nos últimos 12 meses, qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião?	
Nunca	0
Menos que mensalmente	1
Mensalmente	2
Semanalmente	3
Diariamente ou quase diariamente	4
Não quis responder	7
Não sabe	9

E16b. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você bebeu pelo menos 5 (5-7) drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?

Todos os dias	7
Cinco ou seis vezes na semana	6
Três ou quatro vezes na semana	5
Uma ou duas vezes na semana	4
Uma a três vezes no mês	3
Menos que uma vez por mês	2
Nunca nos últimos 12 meses (PULE PARA F1)	1
Não quis responder	77
Não sabe	99

E16c. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você bebeu pelo menos 8 (8-11) drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?

Todos os dias	7
Cinco ou seis vezes na semana	6
Três ou quatro vezes na semana	5
Uma ou duas vezes na semana	4
Uma a três vezes no mês	3
Menos que uma vez por mês	2
Nunca nos últimos 12 meses (PULE PARA F1)	1
Não quis responder	77
Não sabe	99

E16d. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você bebeu ao menos 12 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?

Todos os dias	7
Cinco ou seis vezes na semana	6
Três ou quatro vezes na semana	5
Uma ou duas vezes na semana	4
Uma a três vezes no mês	3
Menos que uma vez por mês	2
Nunca nos últimos 12 meses	1
Não quis responder	77
Não sabe	99

BLOCO G

G1. Beber afeta as pessoas de muitas maneiras diferentes. Gostaríamos de saber quais são os efeitos da bebida PARA VOCÊ. Quando você bebe:	Normalmente e verdadeiro	As vezes verdadeiro	Nunca verdadeiro	Não se aplica
a. acha mais fácil se abrir com outras pessoas?	3	2	1	8
b. acha mais fácil falar com seu atual companheiro(a) sobre seus sentimentos ou problemas?	3	2	1	8
c. sente-se menos inibido(a) com sexo?	3	2	1	8
d. acha a atividade sexual mais prazerosa?	3	2	1	8
e. sente-se sexualmente mais atraente?	3	2	1	8
f. fica mais agressivo(a) com as pessoas?	3	2	1	8

A seguir, algumas perguntas sobre experiências vividas por muitas pessoas quando usam bebidas no decorrer de suas vidas

G2. Nos últimos 12 meses, você se envolveu em uma briga enquanto bebia?	
Não	1
Sim, uma ou duas vezes	2
Sim, três vezes ou mais	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

G3. Nos últimos 12 meses, com que frequência você dirigiu após ter bebido dois ou mais drinks uma hora antes?	
Diariamente ou quase diariamente	1
Semanalmente	2
Mensalmente	3
Menos que mensalmente	4
Nunca bebeu e dirigiu nos últimos 12 meses	5
Não dirige	6
Não quis responder	77
Não se aplica	88
Não sabe	99

G4. Nos últimos 12 meses, o jeito como VOCÊ bebeu prejudicou	
a. seu trabalho, estudo ou oportunidade de emprego?	
Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9
b. seu trabalho doméstico ou rotina em casa?	
Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

c. seu casamento/relacionamento afetivo íntimo?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

d. o relacionamento com outros membros da família incluindo seus filhos?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

e. suas amizades ou vida social?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

f. sua saúde física?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

g. suas finanças?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

G5. Nos últimos 12 meses, você teve algumas das seguintes experiências?**a. problemas com a lei por dirigir embriagado?**

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

b. beber contribuiu para um acidente onde você ou alguém se machucou?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

c. tem ou teve alguma doença relacionada com o uso de álcool que o afastou do trabalho ou suas atividades regulares por uma semana ou mais?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

d. você perdeu o emprego, ou quase, por causa da bebida?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

e. seu cônjuge ou alguém que morou com você o(a) abandonou ou ameaçou de o(a) abandonar por causa da bebida?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

f. você perdeu alguma amizade por causa da bebida?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

g. foi criticado por algumas pessoas pelo modo como você bebia?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

G6. Nos últimos 12 meses, algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área da saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

Nunca	0
Menos que mensalmente	1
Mensalmente	2
Semanalmente	3
Diariamente ou quase diariamente	4
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

G7. Durante os últimos 12 meses, algumas das seguintes pessoas tentaram influenciar o seu modo de beber, para que você bebesse menos ou diminuísse a quantidade que bebe?

a. seu cônjuge/companheiro(a)/namorado (a)?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

b. seus filhos(as)?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

c. algum membro da família, mulher?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

d. algum membro da família, homem?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

e. alguém do seu trabalho ou da escola?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

f. uma amiga (mulher) ou conhecida?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

g. um amigo (homem) ou conhecido?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

h. um médico ou profissional da saúde?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

G8. Nos últimos 12 meses, você se sentiu influenciado a beber, ou beber a mais, por alguém que bebe mais do que você:	NÃO	SIM	Não quis responder	Não se aplica	Não sabe
a. seu companheiro(a)/namorado(a)	1	2	7	8	9
b. seus filhos (as)	1	2	7	8	9
c. algum membro da família, mulher	1	2	7	8	9
d. algum membro da sua família, homem	1	2	7	8	9
e. alguém do seu trabalho ou da escola	1	2	7	8	9
f. uma amiga (mulher) ou conhecida	1	2	7	8	9
g. um amigo (homem) ou conhecido	1	2	7	8	9

G9. Com que frequência, nos últimos 12 meses, você:	Diariamente ou quase diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Quase mensalmente	Nunca	Não quis responder	Não se aplica	Não sabe
a. bebeu suficiente para sentir os efeitos do álcool - por exemplo, ficar com a fala pastosa ou andar cambaleando?	5	4	3	2	1	7	8	9
b. teve dor de cabeça ou sentiu enjôo por causa da bebida?	5	4	3	2	1	7	8	9
c. bebeu para parar os efeitos ruins do álcool?	5	4	3	2	1	7	8	9
d. sentiu-se doente ou tremendo quando você diminuiu ou parou de beber?	5	4	3	2	1	7	8	9
e. achou que você não é capaz de parar de beber uma vez que começou?	5	4	3	2	1	7	8	9
f. falhou em fazer o que normalmente é esperado de você por causa da bebida?	5	4	3	2	1	7	8	9
g. precisou de um primeiro drinque de manhã depois de uma ocasião de beber pesado?	5	4	3	2	1	7	8	9
h. teve sentimentos de culpa ou remorso depois de beber?	5	4	3	2	1	7	8	9
i. foi incapaz de lembrar o que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	5	4	3	2	1	7	8	9

G10. Nos últimos 12 meses, você tentou reduzir ou parar de beber, mas não conseguiu?

Sim	2
Não	1
Não quis responder	7
Não sabe	9

G11. Você considerou a possibilidade de procurar ajuda por causa da forma como você estava bebendo ou por problemas relacionados com o álcool?

Sim	2
Não (PULE PARA H)	1
Não quis responder	7
Não sabe	9

G12. Se sim, você recebeu ajuda?

Sim	2
Não (PULE PARA H)	1

G13. Se sim, você recebeu ajuda nos últimos 12 meses?

Sim	2
Não	1

H1. Pensando nos últimos 12 meses, com que frequência seu cônjuge/companheiro(a)/namorado(a), fez uso de bebidas alcoólicas? Lembre-se de incluir todos os tipos de bebidas alcoólicas... destilados, vinhos, cerveja.

Todos os dias	7
Cinco ou seis vezes na semana	6
Três ou quatro vezes na semana	5
Uma ou duas vezes na semana	4
Uma a três vezes no mês	3
Menos que uma vez por mês	2
Nunca	1
Não quis responder	77
Não sabe	99
Não se aplica (PULE PARA H3)	88

H2. Novamente, refletindo sobre os últimos 12 meses, quantas doses seu companheiro(a)/cônjuge/namorado(a), tomou em um dia normal quando ele(a) bebeu? Por favor, pense em todos tipos de bebidas alcoólicas combinados. (ESCREVER O NÚMERO DE DOSES OU ANOTAR O QUANTO DE CADA BEBIDA) Número de doses: OU quantidade de cada bebida:

H3. Durante os últimos 12 meses, VOCÊ tentou influenciar a forma de beber de qualquer uma das seguintes pessoas, para que ela/ele bebesse menos ou menor frequência a quantidade que bebe? RESPONDER TODAS.	NÃO	SIM	NÃO SE APLICA
a. seu cônjuge/companheiro(a)/namorado(a)	1	2	8 (PULE PARA H5)
b. seus filhos (as)	1	2	8
c. algum membro da família, mulher	1	2	8
d. algum membro da sua família, homem	1	2	8
e. alguém do seu trabalho ou da escola	1	2	8
f. uma amiga (mulher) ou conhecida	1	2	8
g. um amigo (homem) ou conhecido	1	2	8

H4. Nos últimos 12 meses, o uso de bebidas POR SEU CONJUGE/COMPANHEIRO(A)/NAMORADA(O) teve um efeito prejudicial sobre

a. o trabalho, estudo ou oportunidade de emprego dele(a)?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

b. o trabalho doméstico ou rotina na casa dele(a)?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

c. o casamento/relacionamento afetivo íntimo dele(a)?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

d. o relacionamento com outros membros da família incluindo os filhos dele(a)?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

e. as amizades ou vida social dele(a)?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

f. a saúde física dele(a)?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

g. as finanças dele(a)?

Não	1
SIM, 1 ou 2 vezes	2
SIM, 3 ou mais vezes	3
Não quis responder	7
Não se aplica	8
Não sabe	9

H5. Você acha que algumas das pessoas da lista abaixo tiveram problemas por uso de bebidas alcoólicas? Por exemplo: problemas com a família, saúde, trabalho, lei ou polícia.

	NÃO	SIM, uma vez na vida	SIM, nos últimos 12 meses	Não sabe	Não se aplica
a. Mãe	1	2	3	9	8
b. Pai	1	2	3	9	8
c. Seu cônjuge/companheiro(a) /namorado(a)	1	2	3	9	8
d. Filhos	1	2	3	9	8
e. Outros membros da família	1	2	3	9	8
f. Amigos	1	2	3	9	8
g. Colegas do trabalho ou escola	1	2	3	9	8
h. Outros, especifique: _____	1	2	3	9	8

ANEXO E – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 209/2010 - CEP/CCS

Recife, 24 de agosto de 2010

Registro do SISNEP FR – 325024
CAAE – 0189.0.172.000-10
Registro CEP/CCS/UFPE N.º 189/10
Título: **"Depressão em alcoolistas: características clínicas e subtipo sindrômico."**
Pesquisador Responsável: Reginete Cavalcanti Perreira

Senhor(a) Pesquisador(a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 24 de agosto de 2010.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A
Doutoranda Reginete Cavalcanti Perreira
Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento - CCS/UFPE

ANEXO F – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE PARA COLETA DOS DADOS



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Reginete Cavalcanti Pereira**, pesquisadora da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário III da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Depressão em Alcoolistas: Características Clínicas e Subtipo Sindrômico”**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum paciente será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 03 de maio de 2010.


Cinthia Kalyne de A. Alves
Diretoria Geral de Gestão do Trabalho

ANEXO G – CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA PELA PREFEITURA DO RECIFE

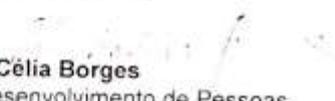
CI	 PREFEITURA DO RECIFE Secretaria de Saúde Diretoria Geral de Gestão do Trabalho	Origem	Destino
		Gerência de Desenvolvimento de Pessoas	DS III
Nº 130 / 2010	Resumo do assunto: Apresentação de Estudante para Pesquisa		Data: 03/05/10

Senhor(a) Diretor(a),

Informamos que a pesquisadora da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, **Reginete Cavalcanti Pereira**, está autorizada por esta Diretoria a desenvolver o projeto de pesquisa no Distrito Sanitário III, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título "**Depressão em Alcoolistas: Características Clínicas e Subtipo Síndrômico**".

Solicitamos agendamento com os estudantes para definição de cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Atenciosamente,


Célia Borges
 Gerente de Desenvolvimento de Pessoas